
**DEPRESSIOHOIDON
OSAAMISEN JA MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN
VAHVISTAMINEN LAHDEN TERVEYSASEMILLA**

osana Välittäjä2009 –hanketta



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Visamäki 11.11.2011

Johanna Kinnunen



VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Tekijä	Johanna Kinnunen	Vuosi 2011
Työn nimi	Depressiohoidon osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen Lahden terveysasemilla osana Välittäjä2009 -hanketta	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on ollut tutkia, miten Lahden kaupungin terveysasemien työntekijät ovat kokeneet depressiohoidon osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistuneen Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen depressiohoidon kehittämisprosessin aikana.

Vuoden kestäväen toimintatutkimuksellisen kehittämisprosessiin on kuulunut terveysasemien tiimivierailut, työpajat sekä moniammatillinen koulutus. Tutkimusaineisto koostuu koulutus- sekä työpajapalautteesta, työpajatuotoksista sekä tiimivierailujen ja työpajojen yhteydessä laadituista muistioista.

Terveysasemien työntekijät kokivat kehittämisprosessin aikana saaneensa rohkeutta asiakkaan depression tunnistamiseen ja hoitamiseen. Depressiohoidon osaaminen vahvistui uuden tiedon ja opittujen työmenetelmien myötä. Työntekijät kokivat myös depressiohoidon kokonaisuuden selkeytyneen ja näkökulman laajentuneen.

Kehittämisprosessin mahdollistamat moniammatilliset keskustelut, depressiohoidon toimintakäytännöistä sopiminen ja yhteisten kehittämiskohteiden löytäminen koettiin vahvistaneen moniammatillista yhteistyötä.

Jatkokehittämishaasteeksi jää depressiohoidon osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen osana perustyötä. Haasteena on myös pohtia ja kehittää terveysasemien skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoitokokonaisuutta.

Avainsanat Toimintatutkimus, depression hoito, osaaminen, moniammatillinen yhteistyö

50 s. + liitteet 2 s.

.

Author

Johanna Kinnunen

Year 2011

Subject of Master's thesis Consolidation of the expertise and multi-vocational collaboration in treating depression at the Lahti Health Centers 'Välittäjä 2009' Project

ABSTRACT

The objective of this thesis has been to research how the employees of the health centers in Lahti have gained experiential knowledge by participating in the care for depression and the multivocational collaboration developed during the project entitled 'Välittäjä 2009'.

The year long activity analysis has included team visits to health centers, workshops and multivocational training. Research material consists of training- and workshop feedback, workshop results and the memos compiled from both.


The employees of the health centers felt that they gained confidence to recognise and treat patients experiencing signs of depression. Their expertise of the treatment of depression was improved by new information and learned work methods. The employees also felt that the broader view of the treatment of depression was clarified and their own perspective on the subject was expanded as a result of this.

The multivocational discussions, agreements of work methods on treating depression and finding common objects of further improvement during the process were experienced as an overall strengthening of the multivocational cooperation.

The challenge for further development will be to embed the treatment of depression as part of a basic service in health centers. It will also be important to develop the overall care of schizophrenia patients in the health care system.

Keywords Activity analysis, treatment of depression, expertise, multi-vocational collaboration

Pages 50p+ 2 appendices.



SISÄLLYS


1. JOHDANTO	1
2. VÄLITTÄJÄ2009 –HANKE	2
3. DEPRESSION HOITO TERVEYSASEMILLA	4
3.1 Depression hoito Lahden terveysasemilla.....	4
3.2 Depressio terveysasemien asiakkailla.....	4
3.3 Depression tunnistaminen, hoito ja seuranta terveysasemilla.....	6
3.4 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö.....	7
3.5 Terveysasemien depressiohoidon haasteita.....	8
4. DEPRESSIOHOIDON OSAAMINEN JA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ	9
4.1 Keskeisiä hoitosuhteen elementtejä.....	9
4.2 Moniammatillinen yhteistyöosaaminen.....	10
4.3 Depressiohoidon osaamisen vahvistaminen.....	10
5. TUTKIMUSTEHTÄVÄT	12
6. TUTKIMUSMENETELMÄLLISET RATKAISUT	12
6.1 Toimintatutkimus kehittämisprosessia jäsentämässä	12
6.2 Toimintatutkija osa tutkimusprosessia.....	15
6.3 Aineistonkeruu	15
6.4 Aineiston analysointi	18
7. KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS	19
7.1 Tiimivierailut koulutus- ja työpajasisältöjen suunnittelun lähtökohtana.....	19
7.2 Työpajat	20
7.3 Moniammatillinen koulutus	22
8. TULOKSET	23
8.1 Terveysasemien työntekijöiden koulutustoiveet	23
8.2 Depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön kehittämistoiveet.....	25
8.2.1 Terveysasemien sisäinen yhteistyö.....	26
8.2.3 Terveysasemien ja mielenterveystyöntekijöiden yhteistyö.....	26
8.2.3 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö	27
8.3 Depressiohoidon osaamisen vahvistuminen	28
8.3.1 Rohkeutta asiakkaan depression tunnistamiseen ja hoitamiseen.....	29
8.3.2 Uusia työmenetelmiä ja tietoa	29
8.4.1 Moniammatillista keskustelua	33
8.4.2 Terveysasemien toimintakäytäntöjen selkeytyminen	34
8.4.3 Yhteistyö mielenterveystyöntekijöiden kanssa vahvistui	35
8.4.4 Tietoisuus muista palveluntuottajista lisääntyi.....	36

9. POHDINTA	36
9.1 Mietteitä opinnäyteprosessista	36
9.2 Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen arviointia	37
9.3 Työntekijöiden koulutustoiveet	38
9.4 Moniammatillisen yhteistyön kehittämistoiveet	38
9.5 Depressiohoidon osaamisen vahvistuminen	39
9.6 Depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön vahvistuminen.....	41
9.7 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	42
9.8 Jatkokehittämishaasteita	44

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1. Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen koulutussuunnitelma



1. JOHDANTO

Depressio on yksi yleisimmistä kansanterveysongelmista, mikä johtuu depression sairastumisen yleisyydestä jo nuorissa ikäryhmissä, suuresta hoidontarpeesta, depression aiheuttamasta työ- ja toimintakyvyttömyydestä sekä depressioniin liittyvästä itsemurhakuolleisuudesta. (Lönnqvist ym. 2008, 157).

Yhteiskunnalle aiheutuu suuret kustannukset depression aiheuttamasta työn tuottavuuden laskusta, sairaslomista ja eläkkeistä. Depressiosta aiheutuvien sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kaksinkertaistunut runsaassa kymmenessä vuodessa. Suomessa jää n. 5000 henkilöä vuosittain depression vuoksi eläkkeelle. Alle 30 -vuotiaiden naisten työkyvyttömyys depression vuoksi on lisääntynyt viime vuosina 181% ja miesten 66%. Depression kokonaiskustannukseksi laskettiin vuonna 2004 253e/asukas. (Mäkinen & Wahlbeck 2009, 2195-2197.)

Depression varhainen tunnistaminen ja hoito ovat tärkeitä, sillä depressiojakson pituus vaikuttaa siitä toipumiseen. Kuuden kuukauden pituiselta sairaslomalta puolet depressioniin sairastuneista palaa työhön, yli vuoden kestävältä sairaslomalta vain alle 10%. Depressiota on hoidettava myös riittävän pitkään uusiutumisen estämiseksi, sillä uusiutumisriski on ensimmäisen sairastumisjakson jälkeen 50% ja toisen sairastumisjakson jälkeen 75% ja kolmannen sairastumisjakson jälkeen 90%. (Mäkinen & Wahlbeck 2009, 2195-2197.)

Depressiota sairastavien asiakkaiden oikea-aikainen ja tarpeenmukainen hoito on iso haaste sekä perusterveydenhuollolle että erikoissairaanhoidolle. Kunnat ovatkin viime vuosina enenevässä määrin siirtäneet psykiatrian avopalveluja osaksi terveyskeskuksia (Harjajärvi ym. 2006, 70). Perusterveydenhuollossa depressiota sairastavien asiakkaiden hoitovastuu ei kuitenkaan voi olla pelkästään mielenterveystyöntekijöillä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009) haastaakin jokaista terveyskeskuslääkärää ja -sairaanhoitajaa tunnistamaan ja hoitamaan depressiota samassa määrin kuin muitakin kansanterveysongelmia. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 31; Hyvönen 2004, 95-100)

Depression diagnosointi on suhteellisen helppoa ja hyvää hoitoa on saatavilla. Depression tunnistamiseen ja hoitoon kannattaakin panostaa ja hoidon organisointia kehittää. (Moussawi ym. 1997, 851-858.)

Lahden terveysasemien depressiohoitoa on kehitetty Välittäjä2009 - Lahden osahankkeen myötä 13.9.2010-31.10.2011 välisenä ajanjaksona. Välittäjä2009 -Lahden osahanke on järjestänyt työpajoja, koulutuksia ja yhteistyöfoorumeja Lahden terveysasemien henkilökunnalle depressiohoidon osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistumiseksi.

Kehittämisprosessiin ovat osallistuneet Lahden kaupungin terveysasemien työntekijät, terveysasemien mielenterveystyöntekijät (psykiatriset sairaanhoitajat ja psykologit) sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän (PHSOTEY) aikuispsykiatrian avohoidon työntekijöitä.

Kehittämisprosessin tavoitteena on ollut yhtenäistää ja laajentaa Lahden terveysasemien depression hoitoa. Keskeisenä sanomana on ollut, että depression tunnistaminen ja hoito kuuluu osana jokaisen terveysaseman työntekijän perustyötä. Tavoitteena on ollut, että lievemmistä depressio-oireista kärsivien asiakkaiden hoito ja seuranta toteutuu terveyskeskuslääkärin ja -sairaanhoitajan yhteistyönä. Tällöin terveysaseman psykiatristen sairaanhoitajien erityisosaaminen kohdentuu keskivaiketta ja vaikeaa depression sairastavien asiakkaiden hoitoon yhteistyössä terveyskeskuslääkäreiden ja konsultoivan psykiatrin kanssa.

Tämä opinnäytetyö keskittyy tutkimaan, miten terveysasemien työntekijät ovat kokeneet depressiohoidon osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistuneen Välttämätöntä2009 –Lahden osahankkeen depressiohoidon kehittämisprosessin aikana.

2. VÄLITTÄJÄ2009 –HANKE

Välttämätöntä2009 -hanke on Väli-Suomen alueella vuosina 2009 - 2011 toiminut mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke osana valtakunnallista Kaste -ohjelmaa. Hankkeessa ovat olleet mukana Vaasan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (Pohjanmaa-hanke), Tampereen ja Lahden kaupungit sekä Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä. Nämä toimijat ovat muodostaneet viisi osahanketta Välttämätöntä2009 -hankekokonaisuuteen. (Välttämätöntä2009 –hankkeen hankekatsaus 2011.)

Välttämätöntä2009 –hankkeen tavoitteet ovat:

1. Peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön toimintamallien ja palvelurakenteiden kehittäminen ja jalkauttaminen
2. Asiakkaiden osallisuuden lisääminen palveluissa sekä niiden kehittämisessä ja arvioinnissa
3. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja juurruttaminen
4. Päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistaminen
5. Saumattomat palveluketjut peruspalveluista erityispalveluihin

6. Alueellisten mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmien laatiminen yhdessä kuntien ja kuntayhtymien kanssa
(Välittäjä2009 – hankkeen hankekatsaus 2011).

Välittäjä2009 –Lahden osahanke on toiminut 13.9.2010-31.10.2011 välisenä ajanjaksona Lahden kaupungin kaikilla neljällä terveysasemalla. Välittäjä2009 -Lahden osahankkeen tavoitteena on ollut kehittää terveysasemien mielenterveystyötä yhteistyössä terveysasemien ja erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrian avohoidon kanssa: depressiohoidon osaamista vahvistamalla, selkeyttämällä hoitoketjuja ja kehittää yhteistyössä toimintamalli depressiota sairastavien asiakkaiden hoitoon

Hankkeessa on työskennellyt kokoaikaisena työntekijänä mielenterveystyön kehittäjä sekä 10 %:sti hankevastaava. Kehittämisprosessiin ovat osallistuneet Lahden kaupungin terveysasemien työntekijät, terveysasemien mielenterveystyöntekijät sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän (PHSOTEY) aikuispsykiatrian avohoidon työntekijöitä.

Välittäjä2009 - Lahden osahankkeen tavoitteet:

1. Lahden kaupungin terveysasemien depressiohoidon osaamisen vahvistaminen
2. Depressiohoidon toimintamallin kehittäminen yhteistyössä Lahden kaupungin terveysasemien ja PHSOTEY:n aikuispsykiatrian avohoidon kanssa
3. Lahden kaupungin terveysasemien matalan kynnyksen palvelujen vahvistaminen yhteistyössä Välittäjä 2009 -Hämeen osahankkeen päihdetyön kehittämistyön kanssa.
(Välittäjä2009 – Lahden osahankkeen loppuraportti 2011.)

Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen yhtenä tavoitteena on ollut tehdä tiivistä yhteistyötä Lahden kaupungin terveysasemilla samanaikaisesti toimivien Välittäjä2009 - Hämeen osahankkeen päihdetyön ja Potku 2010-2012 -hankkeen terveyshyötymallin kehittämistyön kanssa.

Välittäjä2009 –Hämeen osahankkeen kehittämistyön tavoitteena on ollut päihdetyön osaamisen lisääminen, käytännöstä nousevien toimintamallien kehittäminen ja päihde- ja mielenterveystyön toimijoiden ja organisaatioiden yhteistyön kehittäminen. Yhteistyö terveysasemien ja A-klinikkatoimen välillä on keskeisenä yhteistyön kehittämiskohteenä. (Lahti Intranet –päihdetyön kehittäminen 2011)

Potku 2010-2012 –hankkeen tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa terveyshyötymallin (Cronic Care Model) mukaisesti. (Wagner 1998). Terveyshyötymallia kehiteltäessä on

pidetty tärkeänä, että mallia pystytään soveltamaan sekä somaattisiin että psyykkisiin pitkäaikaissairaisiin (Kokko 2010, 75-76). Potku 2010-2012 -hankkeen taustalla oleva Toimiva terveyskeskus 2009-2011 – ohjelma ja Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2011 on rakennettu yhdenmukaiseksi ja toisiaan tukevaksi (Partanen ym. 2010, 63).

3. DEPRESSION HOITO TERVEYSASEMILLA

3.1 Depression hoito Lahden terveysasemilla

Lahden kaupungissa depressiohoitoon osallistuvat sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon tehtävänä on Depression Käypä hoito -suositusten mukaisesti hoitaa vaikeasta tai psykoottisesta depressiosta sekä voimakkaasta itsetuhoisuudesta kärsivät asiakkaat. Lisäksi mikäli asiakkaan työkyvyttömyys uhkaa pitkittyä on oikea hoitomuoto erikoissairaanhoidon.

Perusterveydenhuollossa hoidetaan lievää tai keskivaikeaa depressiota sairastavat asiakkaat. Terveyskeskuslääkärit vastaavat terveysasemilla hoidossa olevien asiakkaiden depression diagnosoinnista sekä lääkitys- ja sairausloma-arvioinneista. Terveysasemilla toimii lisäksi konsultoiva psykiatri. Terveyskeskuslääkäreillä on mahdollisuus puhelimitse konsultoida myös erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrian avohoidon arviointityöryhmän psykiatria.

Vuonna 2010 Lahden terveysasemien terveyskeskuslääkäreiden vastaanotolla kävi yhteensä 779 depressiota sairastavaa asiakasta. Depression vuoksi vastaanottokäyntejä oli yhteensä 1038 eli keskimääräisesti 1.3 käyntiä/asiakas. Vuonna 2010 terveysasemien somaattisten sairaanhoitajien vastaanotoilla kävi psyykkisistä syistä yhteensä 1798 asiakasta. Depression vuoksi vastaanotolla kävi 129 asiakasta. Suurin osa psyykkisistä syistä johtuvista käynneistä liittyi skitsofreniaan (49%). (Pegasos-potilastietojärjestelmä 2010.)

Suurin osa depressiota sairastavista asiakkaista käy terveysasemien mielenterveystyöntekijöiden vastaanotoilla (psykiatriset sairaanhoitajat ja psykologit). Lahden kaupungin jokaisella neljällä alueellisella terveysasemalla työskentelee psykiatrinen sairaanhoitaja. Psykologeja on yhteensä kaksi. Heille kuuluu kaikki terveysasemat. Asiakastilastoinnin (2011) mukaan 1.12.2010 - 28.2.2011 välisenä ajanjaksona terveysasemien psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotoilla kävi yhteensä 506 asiakasta, joista (48%) kävi vastaanotolla depression vuoksi.

3.2 Depressio terveysasemien asiakkailla

Terveys 2000 –tutkimukseen osallistui 8028 henkilöä. Heistä 5% oli kärsinyt vakavan depression jaksosta viimeksi 12 kuukauden aikana. Depressiojakson esiintyminen oli naisilla (7%) yleisempää kuin miehillä (4%). Depressiota esiintyi eniten työikäisten keskuudessa. Terveyspalveluita mielenterveysongelmien vuoksi oli käyttänyt 6 % tutkimukseen osallistuneista viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Tämä oli tavallisempaa naisilla (7 %) kuin miehillä (4 %) ja yleisintä molemmilla sukupuolilla 45–54 -vuotiaiden ikäryhmässä. (Aromaa ym. 2002, 53; Prättälä ym. 2007). Terveyskeskuksessa heistä oli edeltävän 12 kuukauden aikana mielenterveysongelmien vuoksi hoidettu 2.1% vastanneista (1.4% miehistä ja 2.8% naisista). Hoitokertoja oli vuoden aikana keskimäärin 4.8. (Häkkinen ym. 2006, 51-52.)

Mielenterveystoimistossa tai psykiatrian poliklinikalla hoitoa oli saanut 2,2 % haastatelluista (1,8 % miehistä ja 2,6 % naisista). Eronneet, lesket ja naimattomat käyttivät näitä palveluja yleisemmin kuin avio- tai avoliitossa olevat. Alimpaan tuloluokkaan kuuluvat käyttivät eniten mielenterveystoimistojen ja psykiatrian poliklinikan palveluja. Hoidossa olleilla oli hoitokertoja vuoden aikana keskimäärin 10. Ylimpään koulutusluokkaan kuuluvilla oli kuitenkin hoitokertoja kaksinkertaisesti muihin verrattuna. (Häkkinen ym. 2006, 51-52.)

Terveysasemien asiakkaita noin 10% sairastaa depressiota. Asiakkaat eivät useinkaan tuo depressio-oireitaan vastaanottotilanteessa esiin vaan vastaanotolle hakeudutaan fyysisten oireiden kuten kipu, päänsärky, väsymys, unihäiriö, vaihdevuosisoireet, lääkkeiden sivuvaikutukset yms. vuoksi. (Lönngqvist ym. 2008, 676; Vuorilehto 2005, 673-682). Kokon (1999, 78) väitöstutkimuksessa tuli esiin, että asiakkaiden epämääräisten somaattisten oireiden, tiheiden terveyskeskuskäyntien sekä pitkäaikaissairauksien huonon hoitomotivaation taustalla esiintyy usein depressio. Somaattisista sairauksista depressiota ilmenee erityisesti aivohalvausten, muistisairauksien, Parkinsonin taudin, diabeteksen, sepelvaltimosairauksien ja syövän yhteydessä (Pirkola 2011, 1).

Diagnosoitavissa olevaa depressiota sairastavista asiakkaita vain noin puolet tulee tunnistettua terveysasemien vastaanottokäynneillä (Vuorilehto ym. 2003, 911-914). Osa asiakkaita eivät myöskään hae depressio-oireisiinsa hoitoa (Vuorilehto ym. 2005, 673-682). Asiakkaat aliarvioivat usein oireidensa vakavuuden ja pelkäävät mielenterveysongelmaiseksi leimautumista (Williams ym. 2000, 743-56). Hoitoa haetaan siitä todennäköisemmin, mitä vaikeampi ja pitkäkestoisempi depressiotila on ja mitä suurempi on siihen liittyvä toimintakyvyttömyys. Myös psykiatrinen monihäiriöisyys erityisesti ahdistuneisuushäiriö lisää hoitoon hakeutumista. (Hämäläinen ym 2008, 27-37.)

Vuorilehdon (2008, 78) väitöstutkimuksessa tuli esiin, että melkein 90%:lla terveysasemien depressioasiakkaita oli toipumista hidastavia

muita psykiatrisia tai somaattisia sairauksia. Puolentoista vuoden seurantatutkimuksen mukaan 25% asiakkaista sairasti yhä samaa depressionia ja 50% asiakkaista oli toipunut vain osittain tai olivat sairastuneet uudelleen. Erityisen huono toipuminen oli päihdeongelmaisilla tai fyysisesti sairailta asiakkailla sekä niillä joiden riippuvaiset, estyneet tai vaativat persoonallisuuden piirteet ylläpitivät depressionia.

Vuorilehdon (2008, 74) tutkimuksen mukaan terveyskeskusasiakkaiden ja psykiatrinen poliklinikoiden asiakkaiden depression oli hyvin samankaltaista. Sen sijaan sairaalahoidossa olevien ja terveyskeskuksessa hoidossa olevien asiakkaiden depressiossa oli eroavaisuuksia: harvalla terveyskeskusasiakkaalla depression oli vaikea-asteinen tai psykoottinen eivätkä itsemurhayritykset olleet yhtä tavallisia kuin sairaalahoidossa olevilla asiakkailla. Terveysasemien asiakkaat olivat psykiatrisen avohoidon ja sairaalahoidon asiakkaisiin verrattuna enemmän psyykkisten syiden vuoksi eläkkeellä. Alkoholiriippuvuutta esiintyi terveyskeskuksen asiakkailla huomattavasti vähemmän kuin erikoissairaanhoidon asiakkailla.

3.3 Depression tunnistaminen, hoito ja seuranta terveysasemilla

Perusterveydenhuollolla on keskeinen rooli nimenomaan tavallisimpien mielenterveyshäiriöiden kuten depression tunnistamisessa. Usein depression-oireista kärsivät asiakkaat hakevat ensisijaisesti apua omalta terveysasemaltaan. (Pirkola 2004, 23-24; Hietaharju ym. 2010, 19-20.)

Kohdennetun seulonnan avulla voidaan tehostaa terveysasemien asiakkaiden depression tunnistamista. Seulonta on suositeltavinta kohdentaa niihin asiakasryhmiin, joissa depression esiintyvyys on todennäköisesti suuri. Näitä asiakasryhmiä ovat sosiaalisesti moniongelmaiset, epäselvistä somaattisista oireista, kroonisista, sairauksista tai kiputiloista kärsivät, pitkäaikaistyöttömät, työttömyydestä kärsivät, terveyspalveluja paljon käyttävät, juuri synnyttäneet naiset, muista mielenterveyshäiriöistä kuten ahdistuneisuus-, syömis- tai päihdehäiriöistä kärsivät. Käyttökelpoisia seulontamenetelmiä ovat mm. esimerkiksi suomalainen DEPS-seula ja Beckin depressioasteikko (BDI). (Depression Käypä hoito -suositus 2010; Pirkola 2003, 23-24.)

Depression seulonnasta terveydenhuollossa on hyötyä, mikäli siihen liittyy toimiva paikallinen hoitomalli ja mahdollisuus konsultoida erikoislääkärinä ja asiakkaan hoitomyöntävyyttä ja hoidon tehoa seurataan systemaattisesti. (Depression Käypä hoito -suositus 2010). Tutkitusti depression tunnistaminen lisääntyy, jos asiakkaalle on tarjota asianmukaista hoitoa (Rost 2009, 63).

Depression Käypä hoito -suosituksen mukaan valtaosa depressiota sairastavista asiakkaista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa. Depression hoitotavat ovat samanlaiset hoitopaikasta huolimatta. Asiakkaan sitouttaminen lääkehoitoon ja hoidon tuloksellisuuden seuranta ovat oleellisia hoidon vaikuttavuuden edellytyksiä. Asiakkaan elämäntilanteen kartoittaminen, psykososiaalinen tuki ja hyvä vuorovaikutussuhde asiakkaan kanssa ovat depressiolääkkeen ohella keskeisiä hoidon elementtejä. (Depression Käypä hoito –suositus 2010.)

Hoidon kivijalka on hoitosuhde ja hoitosuunnitelma, mikä laaditaan yhteistyössä asiakkaan kanssa (Haarala ym. 2010, 20). Hoidon valintaa ohjaa hoitomuotojen saatavuuden lisäksi depression vaikeusaste. Hoidon valintaan vaikuttaa myös mahdollisten aikaisempien depressiojaksojen vaikeusaste, psykiatrinen monihäiriöisyys, mahdollisten aikaisempien hoitoyritysten teho ja haitat, itsemurhavaara, asiakkaan toimintakyky sekä somaattinen terveydentila. (Depression Käypä hoito -suositus 2010.)

Hoitomuodon valinnassa asiakkaan toiveiden kunnioittaminen on erityisen tärkeää, koska asiakas on oman sairautensa asiantuntija ja päätöksentekijä. Asiakas on myös omalta osaltaan vastuussa hoidostaan ja sen toteuttamisesta. Asiakkaan kanssa on tärkeä keskustella tämän asenteista hoitoa kohtaan, mahdollisista peloista ja läheisten mielipiteistä. (Haarala ym. 2010, 20; Depression Käypä hoito -suositus 2010.)

Perusterveydenhuollon depression hoidossa on mahdollisuus tehdä paljon erilaisia ja erilaajuisia interventioita. Näitä ovat mm: depression seuranta, itseapumateriaalit (kirjalliset oppaat, nettisovellukset), psykoedukaatio depressiosta ja sen hoidosta, psykososiaalinen tuki, kolmannesta sektorista informointi, depressiohoitajamalli, depressiokoulu, lääkitys, lyhytterapiat ja lähete erikoissairaanhoidon. (Haarala ym. 2010, 22.)

3.4 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö

Laadukasta depressionhoitoa tukee erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueellinen ja paikallinen yhteistyö. (Noppari ym. 2007, 60, Hyvönen 2004, 101.). Depression hoito aloitetaan yleensä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ja tarvittaessa asiakas siirtyy joko terveyskeskuksen depressiohoitajan/psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle tai lääkäri kirjoittaa lähetteen erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikalle (Hentinen ym. 2009, 33).

Hoito kuuluu erikoissairaanhoidon mikäli asiakkaalla on vaikea tai psykoottinen depressio. Depression hoito kuuluu myös erikoissairaanhoidon mikäli asiakas on voimakkaan itsetuhoisen, monihäiriöinen tai jos depressio uhkaa asiakkaan pidempiaikaista työ- tai toimintakykyä. (Depression Käypä hoito –suositus 2010.) Toipumisen jälkeen keskeistä

on asiakkaan jatkohoidon järjestäminen depression uusiutumisriskin vuoksi. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille on luotava myös asiakkaita yksilöllisesti tukevia jatkohoidon muotoja. (Hentinen ym. 2009, 33.)

Erikoissairaanhoidon konsultaatio-, koulutus ja työnohjaukset vahvistavat perusterveydenhuollon työntekijöiden osaamista (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009; Kiikkala ym. 2002, 27-28). Erityisesti psykiatrasta konsultaatiotoimintaa tulee kehittää osana perusterveydenhuollon mielen terveystyötä. Terveyskeskuslääkäreiden mahdollisuus konsultoida psykiatrian erikoislääkäreitä lisää depression tunnistamista ja hoidon tuloksellisuutta. Varsinaisen psykoterapian tarjoaminen osana perusterveydenhuollon palveluja rajoittaa koulutuksen ja ajan puute. (Depression Käypä hoito –suositus 2010.)

Myös depressionhoitoon erikoistuneet psykiatriset sairaanhoitajat lisäävät depressionhoidon tuloksellisuutta perusterveydenhuollossa. Depressiohoitajamalli on osoittautunut toimivaksi erityisesti silloin, kun psykiatrasta konsultaatiotukea on ollut saatavilla. Depressiohoitajien työpanos osana perusterveydenhuollon mahdollistaa käyttää enemmän aikaa depressiota sairastavien asiakkaiden hoitoon. Se myös tukee systemaattista seurantaa ja psykososiaalisen tuen tarjoamista sekä auttaa asiakasta sitoutumaan hoitoon. (Depression Käypä hoito -suositus 2010; Vuorilehto ym. 2008, 190-192.)

3.5 Terveysasemien depressiohoidon haasteita

Tosiasia on, että depressioireiden vuoksi terveysasemien vastaanotolle hakeutuvista asiakkaista kaikki eivät tule saamaan optimaalista hoitoa. Osittain tämä johtuu siitä, että kaikilla työntekijöillä ei ole riittävää taitoa depression tunnistamiseen ja hoitoon. (Tuulari 2004, 2.) Toinen syy on vastaanottoaikojen lyhyys. Kiire rajoittaa asiakkaan depression tunnistamista tai tunnistetutusta depressiosta puhumista. Perusterveydenhuollon työn suoritepainotteisuus ja pakkotahtisuus rajoittaa mielenterveystyön toteuttamista, mikä aikaan ja vuorovaikutukseen perustuvana ei aina sovellu perusterveydenhuollon työhön. (Kokko 1999, 85; Hyvönen 2004, 66).

Osalla asiakkaista hoitoon kiinnittyminen on vaikeaa ja he lopettavat itse hoitonsa joko lääkityksen sivuvaikutuksen ilmaantuessa tai kun oireet alkavat hävitä eivätkä nämä enää tunne itseään sairaaksi. Hoidon keskeytymisen seurauksena on usein depression uusiutuminen. (Tuulari 2004, 2). Harvatahtinen, yksilökeskeinen vastaanottotyö on riittämätöntä. Asiakkaan toipumista on seurattava, ja tarjottava lääkityksen rinnalla muitakin hoitomuotoja tarpeen mukaan. (Kiikkala ym. 2002, 27-28).

4. DEPRESSIOHOIDON OSAAMINEN JA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

4.1 Keskeisiä hoitosuhteen elementtejä

Depressiohoidon ydin on työntekijän ja asiakkaan hyvä vuorovaikutussuhde, missä keskitytään siihen miten asiakas kokee depressionsa, miten se on vaikuttanut hänen elämäänsä ja millä tavoin hän voisi siitä toipua. Vuorovaikutussuhteen keskeisiä tekijöitä ovat asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, yksilöllisyys, luottamuksellisuus ja luotettavuus, oikeudenmukaisuus, turvallisuus sekä terveys- ja perhekeskeisyys. (Kokko 1999, 94 – 95; Syrjäsalonen 2006, 112; Haarala ym. 2010, 40; Hietaharju ym. 2010, 84.)

Työntekijän persoonalla ja hänen persoonallisella tavallaan olla suhteessa asiakkaaseen on iso merkitys hoitosuhteen onnistumisen kannalta (Kokko 1999, 91; Kokko 2004, 111; Hyvönen 2004, 70; Vuori – Kemilä ym. 2009, 170). Itsereflektio eli jatkuva itsearviointi on väline itsensä tuntemiseen sekä ammatillisuuden ja persoonallisen kasvun edellytys. Se tarkoittaa pyrkimystä kehittää omaa kykyä tunnistaa ja tarkastella itseään, ajatteluaan, tunteitaan ja toimintaansa suhteessa auttamistyön tavoitteisiin ja lähtökohtiin. Itsereflektion myötä työntekijä oppii tunnistamaan omat persoonalliset ja vuorovaikutukseen liittyvät voimavaransa ja kasvutarpeensa. (Vuori-Kemilä ym. 2009, 55.)

Osa työntekijän persoonaa ovat myös hänen asenteet ja arvot, joita hän auttamissuhteessa ilmentää. Mielenterveystyö hyvänä hoitona ei ole mahdollista pelkän ammatillisen koulutuksen varassa vaan työntekijällä tulee olla kiinnostus ihmistä ja mielenterveystyötä kohtaan. (Kokko 1999, 91; Kokko 2004, 111; Hyvönen 2004, 70; Vuori – Kemilä ym. 2009, 170; Laitila 2010, 175.)

Toinen tärkeä taito on työntekijän kyky olla läsnä, jotta hän ymmärtäisi asiakkaan sanalliset ja ei-sanalliset viestit. Tämä vaatii kykyä nähdä asiakkaan näkyvän käyttäytymisen taakse, todelliseen tarpeeseen, viestiin tai tunteeseen, mikä on depressiivisen asiakkaan näkökulmasta erittäin tärkeää. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168; Noppari ym. 2007, 198.) Asiakassuhteen dialogin ymmärtäminen ja taitaminen sekä yhteistyösuhteen edellyttämä reflektoinnin oppiminen ja ylläpito edellyttääkin jatkuvaa oman työn kriittistä arviontia yksin, työryhmän ja esimiehen kanssa. (Kiikkala ym. 2002, 86).

Vastaanotolla käydyt keskustelut auttavat asiakasta monella eri tavalla. Asiakasta auttaa, että hän voi kysyä työntekijältä neuvoa ja saada häneltä tietoa epäselviin asioihin. Näitä voivat olla tieto siitä, miltä asiakkaasta voi tuntua hoidon eri vaiheissa tai miten yleisiä erilaiset psyykkiset oireet ovat. Toisekseen asiakasta auttaa hoidon alussa pelkästään se, että joku kiinnostuu hänen vaikeuksistaan ja osoittaa haluavansa auttaa.

Myös työntekijän kannustava ja ymmärtäväinen suhtautuminen auttaa asiakasta. Kuitenkaan työntekijän ei tule olla liian ymmärtäväinen. Kuunteleminen, keskusteleminen, erilaisten näkökohtien esille ottaminen sekä asiakkaan totutun toimintatavan kyseenalaistaminen muodostavat kolmannen tärkeän kokonaisuuden toiminnassa, jota asiakkaat kuvaavat itseään auttavaksi. Erittäin tärkeää on kiireettömyyden tuntu. (Kokko 2004, 83.)

4.2 Moniammatillinen yhteistyöosaaminen

Perusterveydenhuollon mielenterveystyössä moniammatillinen asiantuntemus on erityinen voimavara (Aaltonen 2007, 64-85). Isoherrasen (2005, 58-59) mukaan yksittäisen työntekijän osaaminen, vuorovaikutustaidot sekä persoonallisuus ovat keskeisiä tekijöitä myös moniammatillisen yhteistyön onnistumisen kannalta. Työntekijän tulee omata riittävä oman alan asiantuntijaosaaminen ja informaatio käsiteltävästä asiasta. Yhteistyötä tehdessä pelkästään oma osaaminen ja tietäminen ei kuitenkaan riitä. On oltava avoin uusille näkökulmille, tiedoille ja erilaisille ratkaisuvaihtoehdoille. Dialogisuus on tärkeää osaamista silloin kun ratkotaan ongelmia ja tehdään päätöksiä monimutkaisissa ja moniongelmaisissa tilanteissa. Parasta mahdollista ratkaisua etsitään kuunnellen ja kysymyksiä esittäen. Myös ammatillinen itsetunto, kyky tasavertaiseen keskusteluun, kärsivällisyys ja vastuun tunteminen ovat tärkeitä tekijöitä.

Usein depressiota sairastavien asiakkaiden haastavat ja monimutkaiset ongelmat vaativat työntekijöiden moniammatillista pohtimista ja yhteisen osaamisen jakamista. Yhteistyön lähtökohtana on suunnitelmallinen hoito ja asiakkaan kokonaistilanteen huomioiminen. Asiantuntijat kokoavat tiedot, taidot ja eri näkökulmat yhteen ja miettivät ongelmien ratkaisuja asiakaskohtaisesti. Päätöksenteko, tehtävien suorittaminen ja vastuu jakautuu kaikkien asiantuntijoiden kesken. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu lisäksi asiakkaan verkostojen huomioiminen. (Metsämuuronen 2001; Isoherranen 2005, 14; Koivukoski ym. 2009, 94-95.)

Moniammatillisuus luo mahdollisuuden toisen työstä oppimiseen sekä vertaistukeen. Hyvä työilmapiiri, joustava, kaikkia huomioiva ja tasavertainen yhteistyö auttaa myös jaksamaan työssä. (Miettinen ym. 2000; Lampi 2002, 2; Isoherranen 2005, 160-161; Koivukoski ym. 2009, 94-95, Paukkunen ym. 94.)

4.3 Depressiohoidon osaamisen vahvistaminen

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2010 edellyttää, että henkilöstön osaamisesta huolehditaan tarjoamalla heille koulutusta, konsultointimahdollisuutta sekä työnohjausta. Moniammatilliset tiimit ja kehittä-

tämistyön foorumit tukevat myös työssä tapahtuvaa kouluttautumista ja tiedon saantia. (Kiikkala ym. 2002, 28). Myös itsereflektio ja työryhmän sekä esimiehen tuki ovat tärkeitä ammatillisen kasvun välineitä. (Vuori-Kemilä 2009, 171, Kokko 2004, 116.)

Yhteiset koulutukset vahvistavat myös moniammatillista työskentelyotetta (Saarela 2003, 60). Osallistujien koulutustaustoista tulevat erilaiset taidot ja näkökulmat ovat rikkaus, mikä on huomioitava yhteisten koulutusten toteutuksessa ja suunnittelussa. (Isoherranen 2005, 156). Luonnollisesti on tärkeää, että työntekijä on perehtynyt osaamisensa tueksi depressioon sairautena ja siihen miten sitä hoidetaan (Hietaharju ym. 2010, 41).

Uuden tiedon omaksuminen on yksilöllistä opiskelua, ideointia ja toimintaa tiiminä, tehtäväkiertoa, hyvistä käytännöistä oppimista, kurseille ja koulutuksiin osallistumista, työnohjaukseen osallistumista, kirjojen lukemista, internet hakuja. (Sydänmaalakka 2002, 202, Viitala 2003, 121-125.) Uuden tiedon oppimiseen ja sisäistämiseen tarvitaan aikaa. Mitä enemmän uuden tiedon omaksumiseen tarvitaan henkilökohtaista pohdintaa ja vaivannäköä, jopa asennetason muutoksia, sitä pidemmällä viiveellä tapahtuu opitun käyttöönotto. (Kohonen 2000, 141; Beirsto 2000, 57.)

Tarkoituksenmukainen lisäkoulutus antaa perusterveydenhuollon henkilökunnalle valmiuksia hoitaa depressiota sairastavia asiakkaita. Osaamisen vahvistaminen muuttaa myös henkilökunnan asenteita positiivisemmaksi depression hoitoa kohtaan. (Korkeila 2006, 32). Paynen (2002) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien asenne depressiota sairastavien asiakkaan hoitajana oli myönteisempi lyhyen koulutuksen jälkeen, kuin ennen koulutusta. (Payne ym. 2002, 549-559.) Levinen (2005) tutkimuksessa koulutus paransi sekä lääkärin että hoitajien valmiuksia hoitaa depressiota sairastavia asiakkaita perusterveydenhuollossa. (Levine ym. 2005, 383-391).

5. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyöhön liittyvä tutkimusosio on osa Välittäjä2009 -Lahden osahankkeen depressiohoidon kehittämisprosessia.

Välittäjä2009 -Lahden osahankkeen kehittämisprosessin aikana on järjestetty useita koulutuksia ja työpajoja, joiden tavoitteena on ollut vahvistaa terveysasemien työntekijöiden depressiohoidon osaamista tietoa ja työvälineitä antamalla. Toisena tärkeänä tavoitteena on ollut antaa mahdollisuus moniammatillisen yhteistyön vahvistumiselle.

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut selvittää, miten Lahden kaupungin terveysasemien työntekijät ovat kokeneet depressiohoidon osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistuneen Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen järjestämien koulutusten ja työpajojen avulla.

Tutkimustehtävät ovat:

- 1.Millaista koulutusta terveysasemien työntekijät toivovat depressiohoidon osaamisen vahvistumiseksi?
- 2.Millaisia kehittämistoiveita terveysasemien työntekijöillä on depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön vahvistumiseksi?
- 3.Millaista osaamista terveysasemien työntekijät kokevat saaneensa depressionhoitoon Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen järjestämien työpajojen ja moniammatillisen koulutuksen avulla?
- 4.Millaista depressiohoidon moniammatillista yhteistyötä Välittäjä2009 -Lahden osahankkeen järjestämät työpajat ja moniammatillinen koulutus tuottaa?

6. TUTKIMUSMENETELMÄLLISET RATKAISUT

6.1 Toimintatutkimus kehittämisprosessia jäsentämässä

Tämä opinnäytetyö on toteutettu toimintatutkimuksena. Toimintatutkimus ei ole varsinainen tutkimusmenetelmä vaan se on tutkimusstrategiinen lähestymistapa, mikä käyttää välineenään erilaisia tutkimusmenetelmiä. Sille on tunnusomaista kehittämisen ja tutkimuksen samanaikaisuus ja pyrkimys saavuttaa välitöntä ja käytännöllistä hyötyä. Teoriaa ja käytäntöä ei nähdä toimintatutkimuksessa erillisinä vaan pidemminkin

kahden asian eri puolina (Heikkinen 2010, 214-215). Metsämuurosen (2001, 28) mukaan toimintatutkimus pyrkii usein kehittämään jo olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi.

Toimintatutkimukselle on tyypillistä reflektiivisyys, tutkimuksen käytännönläheisyys, muutosinterventio ja ihmisten osallisuus. Toimintatutkimusta voidaan pitää myös sosiaalisena prosessina, koska usein ensisijaisena tavoitteena on tutkia ihmisten yhteistoimintaa. (Heikkinen 2006, 27; Heikkinen 2010, 215.)

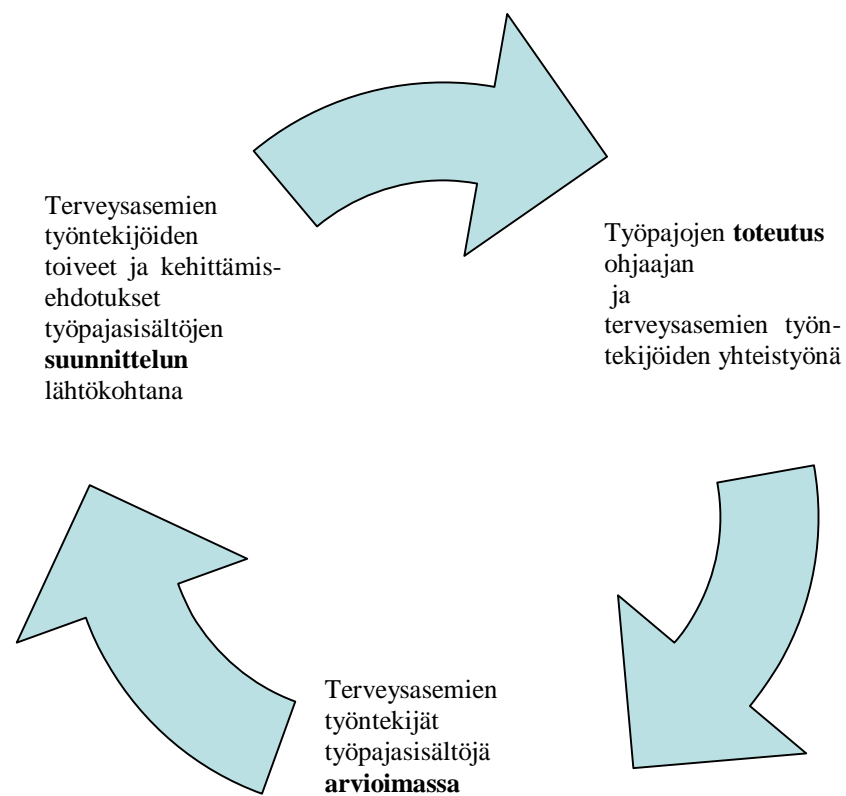
Opinnäytetyön kehittämistoiminnan toimintaympäristönä ovat olleet terveysaseman tiimit, työpajat ja koulutusiltapäivät, mitkä ovat mahdollistaneet työntekijöiden sosiaalisen prosessin ja siihen liittyvän yhteisen päätöksenteon ja toiminnan arvioinnin. Sosiaalisia prosesseja tuetaan usein nimenomaan koulutusten avulla. Toimintatutkimuksessa oppimis-, tutkimus- ja kehittämisprosessit liittyvätkin usein kiinteästi toisiinsa. (Toikko ym. 2009, 95).

Toimintatutkimuksessa kehittämisprosessin eteneminen voidaan hahmottaa jatkuvana syklinä eli spiraalina. Kehittämistoiminnan tehtävät muodostavat kehän, jossa suunnitteluvaihetta seuraavat toteutus ja arviointi. Prosessi jatkuu ensimmäisen kehän jälkeen, jolloin seuraa uusia kehiä: uudelleensuunnittelu, toteutus, ja arviointi. Spiraali sisältää useita peräkkäin toteutettuja kehiä. Spiraalimaisessa kehittämistoiminnassa tulokset asetetaan aina uudestaan ja uudestaan arvioitavaksi, syntyy uusia kehittämisideoita. Arvioinnin tuloksena hankkeen perusteluja täsmennetään, kuten myös organisointia ja toteutusta. Kehittämistoiminta onkin tässä mielessä jatkuva prosessi. (Toikko ym. 2009, 66; Heikkinen ym. 2006, 80-81, Heikkinen 2010, 219-220.)

Tämän opinnäytetyön toimintatutkimuksellinen jakso kesti syyskuusta 2010 toukokuuhun 2011 välisen ajan muodostaen useita kehittämisen kehiä suunnitteluvaiheineen, toteutuksineen ja arviointivaiheineen.

Kehittämisprosessin aikana tärkeänä tavoitteena oli vastata terveysasemien työntekijöiltä nouseviin toiveisiin depressiohoidon osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistamiseksi. Työpajojen sisällöt ja koulutussuunnitelma laadittiin terveysasemien työntekijöiden tiimivierailulla esiin nostamien toiveiden pohjalta. (ks. Heikkinen ym. 2006, 100-103.) Työntekijöillä oli mahdollisuus arvioida toteutunutta työpajaa, mikä mahdollisti työpajasisältöjen muuttamisen ennen seuraavaa työpajaa. Työpajojen aikana nousi esiin myös uusia koulutustoiveita, jotka pystyttiin toteuttamaan myöhemmin. Työpajat olivat luonteeltaan interaktiivisia. Niiden kokonaistoteutuksesta vastasivat työpajojen ohjaaja yhteistyössä terveysasemien työntekijöiden kanssa.

Seuraavassa toimintatutkimuksellinen kehä terveysasemilla toteutettavien työpajojen osalta. (Kuva 1.)



Kuva 1 Toimintatutkimuksellinen kehä

6.2 Toimintatutkija osa tutkimusprosessia

Kehittämisprosessin aikana toimintatutkija toimi lisäksi Välittäjä2009 – hankkeen mielenterveystyön kehittäjänä työskennellen tiivistä terveysasemien työntekijöiden kanssa vuoden kestävästä ajanjakson aikana. Tämä mahdollisti aktiivisen roolin. Tavoitteena oli muutokseen tähtäävä interventio ja terveysasemien työntekijöiden rohkaiseminen analysoidaan omaa toimintaansa, osaamistaan ja moniammatillista yhteistyötä. Tämän pohjalta toimintaa voitiin kehittää terveysasemien kannalta paremmaksi. (Kuula 1999, 123-125; Heikkinen ym. 2006, 16-19; Heikkinen 2010, 223.)

Kenttätyö tässä toimintatutkimuksessa sisältää kokouksia, pöytäkirjojen laatimista, kouluttamista, yhteistä suunnittelua ja yhdessä tekemistä. Se on myös kuuntelemista, kyselemistä, ihmettelyä, yhteenvetojen tekoa, ideoimista ja ideoiden kokeilemistä. (Heikkinen ym. 2006, 100-103.)

Kenttätyön onnistumisen kannalta on tärkeää, että toimintatutkijan ja työntekijöiden suhteen perusta on luottamuksellisuus. Kenttävaihe on parhaimmillaan dialogista oppimista, osallistujien tasavertaista keskustelua, ongelmanratkaisua ja tiedon muodostumista. Luottamus edellyttää viiden dialogisen periaatteen omaksumista: osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys ja refleksiivisyys. Luottamusta herättää jos toimintatutkija kykenee ottamaan huomioon yhteisön toimintakulttuurin ja sopeuttamaan omaa toimintaansa siihen. (Heikkinen ym. 2006, 100-103.)

6.3 Aineistonkeruu

Toimintatutkimuksessa tavallisimpia aineistonkeruumenetelmiä ovat havainnointi, tutkimuspäiväkirja ja haastattelu. Aineistoja voivat olla myös toiminnan aikana tuotettu kirjallinen materiaali, työryhmien muistiot, kokouspöytäkirjat, raportit yms. Toimintatutkimuksessa voidaan hyödyntää myös erilaista määrällistä aineistoa kuten kyselylomakkeilla kerättyä materiaalia. (Heikkinen ym. 2006, 104; Kiviniemi 2001, 68.)

Tämän opinnäytetyön toimintatutkimukselliseen osioon kuului neljä erillistä kokonaisuutta, joista opinnäytetyön aineisto koostuu:

1. Tiimivierailut:
 - * muistiot (6kpl)
2. Depression tunnistamisen ja hoidon -työpaja
 - * työpajapalaute (61kpl)
 - * muistiot (8kpl)

3. Depression hoito on yhteistyötä -työpaja
 - * työpajatuotokset (8kpl)
 - * muistiot (8kpl)
3. Depression hoito terveysasemalla -koulutus
 - *koulutuspalaute (47kpl)
 - *muistio

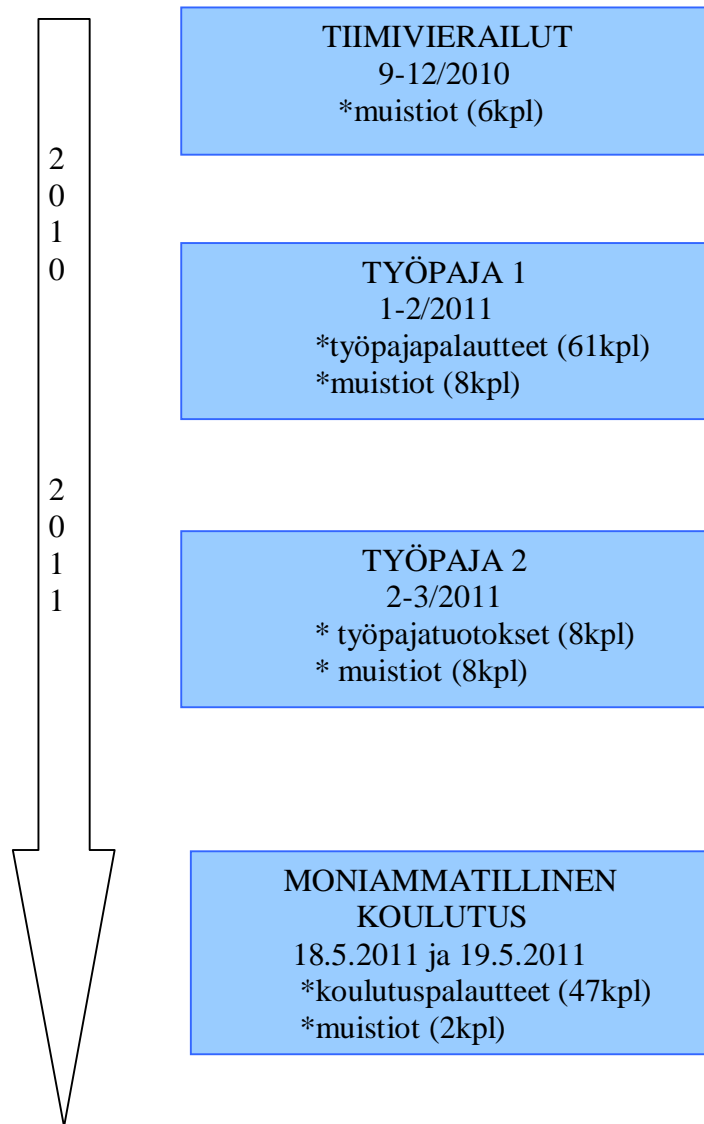
Opinnäytetyön pääaineistona depressiohoidon osaamisen vahvistumisen osalta oli työpajojen ja moniammatillisen koulutuksen palautekyselyt. Palautekyselyn avulla terveysasemien työntekijöitä pyydettiin arvioimaan työpajojen ja koulutusten sisältöä sekä mitä uutta kukin vastaajista oli oppinut työpajoissa ja moniammatillisessa koulutuksessa. (ks. Hirsjärvi ym. 1996, 192.)

Palautekyselyjen vastauksista saattoi päätellä, että suurin osa vastaajista oli paneutunut vastaustensa kirjoittamiseen. Kysymyksiin oli vastattu monipuolisesti ja asioita eritellen. Osa oli vastannut ranskalaisilla viivoilla allekkain asioita listaten. Osa taas oli kirjoittanut kysymysten alle tekstiä vapaamuotoisesti lauseittain. Vastaajien ammattiryhmät eivät vastausten pohjalta olleet pääteltävissä.

Työpajapalautteissa terveysasemien työntekijät antoivat runsaasti positiivista palautetta perusteluineen työpajojen toteuttamisesta moniammatillisina foorumeina. Tästä palautteesta löytyi aineistoa myös moniammatillisen yhteistyön vahvistumisen tutkimiseksi.

Depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön osalta pääaineisto koostui tiimivierailuissa ja työpajoissa tapahtuvan moniammatillisen keskustelun havainnoinnista ja muistioista (ks. Kyrö 2004, 110.) Lisäksi toisen työpajan yhteydessä terveysasemien työntekijät koostivat ryhmissä työpajatuotoksen oman terveysaseman depressiohoidon moniammatillisista yhteistyökäytännöistä. Toimintatutkijan havainnointi ja mukana olo työpajoissa ja moniammatillisessa koulutuksessa lisäsi ymmärrystä tutkittavasta maailmasta. (Kuula 1999, 148-150; Vilka 2006,21.)

Oheisessa kuvassa toimintatutkimuksen aineistot ja niiden keruuajan-
kohdat (Kuva 2).



Kuva 2 Toimintatutkimuksen aineistot ja aineistonkeruun ajankohdat

6.4 Aineiston analysointi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruu ja -analyysi kietoutuvat yhteen. Usein alustavaa analyysia tehdään jo aineistonkeruuvaiheessa. Tämä ohjaa aineistonkeruuta tiettyyn suuntaan, mutta voi rajata myös kohdejoukkoa. Analyysin lähtökohtana on aineiston ymmärtäminen ja aineistossa olevan tiedon etsiminen. (Hakala 2008, 164 -169.)

Opinnäytetyön aineistonanalyysimenetelmänä on käytetty Madeleine M. Leiningerin kehittämää teema- ja mallianalyysia. (Thematic and Pattern Analyses 1985). Teema-analyysin avulla voidaan jäsentää aineistosta käsin ne teemat, jotka ovat tutkittavan ilmiön kannalta tulkittavissa merkitykselliseksi. Tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään suhteessa kontekstiinsa ja tutkittujen tapahtumien erityispiirteisiin. (Kiviniemi 2001, 68.)

Seuraavassa opinnäytetyön teema-analyysiprosessin kulku:

1. Aluksi luin läpi useaan kertaan aineiston: muistiot, työpajatuotokset sekä työpaja- ja koulutuspalautteet.
2. Etsin aineistosta tutkimustehtäviin liittyviä kokonaisuuksia. Alleviivasin ja koodasin jokaiseen neljään tutkimustehtävään liittyvät lausumat omilla väreillään. Jokaisen neljän tutkimustehtävän alle muodostui yksi pääteema.
3. Kirjoitin sanasta sanaan jokaiseen pääteemaan koodaamaani asiasisällöt uudelleen omiksi kokonaisuuksiksi. Tämän jälkeen luin aineistoa läpi pääteemoittain.
4. Vähitellen pääteemojen asiasisällöstä hahmottui alateemoja, jotka kuvasivat pääteemoja laajemmin.
5. Listasin pääteemojen alta löytyneet alateemat ja kirjoitin niihin liittyvät tekstit allekkain. Alateemoja löytyi aluksi yhteensä 20.
6. Muokkasin ja yhdistelin osittain aineistoa alateemoittain. Yhdistelin muutamia alateemoja ja niiden sisältöjä. Yhdistelyn jälkeen alateemoja oli yhteensä 15.

7. KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS

7.1 Tiimivierailut koulutus- ja työpajasisältöjen suunnittelun lähtökohtana

Yhteistyö Lahden kaupungin neljän terveysaseman kanssa käynnistyi syys-joulukuu 2010 välisenä ajanjaksona, jolloin kävin vierailemassa terveysasemien tiimikokouksissa. Tiimivierailuja kertyi yhteensä kuusi, koska kahdella terveysasemalla tiimejä järjestettiin kaksi. Tiimeissä oli läsnä moniammatillinen työryhmä eli terveyskeskusavustajat, sairaanhoitajat ja terveyskeskuslääkärit.

Tiimivierailuissa esittelin Välittäjä2009 –hankekokonaisuutta ja Lahden -osahanketta. Lisäksi kerroin omasta opiskelustani ja siitä, että tulen tekemään opinnäytetyöni osana Välittäjä2009 –hankkeen kehittämisprosessia.

Tärkein tiimivierailuni tavoite oli kuulla terveysasemien työntekijöiden odotuksia ja toiveita tuleville työpajoille ja koulutuksille sekä kehittämistoiveita depressiohoidon osalta.

Isoimmissa tiimikokouksissa henkilökunta muodosti pienempiä ryhmiä, missä he pohtivat yhteisesti toiveita ja odotuksia. Ryhmät kirjasioivat tuotoksensa paperille. Tuotokset käytiin läpi ryhmittäin koko tiimin kesken. Keräsin tuotokset myöhemmää kirjaamista varten.

Pienemmissä tiimikokouksissa kartoitus tapahtui keskustelemalla. Keskustelun lomassa kirjasin avainsanoja, mitkä helpottaisi tiimivierailun jälkeen muistioiden laatimista. Tavoitteeni oli panostaa vuorovaikutukselliseen tilanteeseen, jota samanaikainen muistiinpanojen laatiminen olisi häirinnyt.

Tiimivierailujen jälkeen laadin terveysasemien työntekijöiden toiveiden ja esille nostamien kehittämistarpeiden pohjalta alustavan koulutus- ja työpajasuunnitelman vuodelle 2011. (Liite 1.) Koulutustoiveet ja kehittämistarpeet olivat neljällä terveysasemalla melko yhtenäisiä. Ne olivat myös linjassa Depression Käypä hoito -suosituksen kanssa ja kattoivat depressiohoidon eri osa-alueet monipuolisesti. (ks. Immonen 2005, 13.)

Koulutustoiveiden ohelle jokaisella tiimivierailulla nousi esiin moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeita. Työntekijät toivat esiin sekä terveysaseman sisäisen että sidosryhmien välisen yhteistyön kehittämistarvetta. Erityisesti terveysasemien ja mielenterveystyöntekijöiden yhteistyökäytäntöihin toivottiin parannusta. Työnjako depressiota sairastavan asiakkaan hoidossa psykiatristen sairaanhoitajien ja terveysaseman sairaanhoitajien välillä toivottiin selkeytyvän. Psykologien osuuteen depression hoitoketjussa toivottiin myös tarkennusta.

Alustavasti olin suunnitellut, että jokaisella terveysasemalla toteutettaisiin moniammatillisia koulutuksia ja yksi työpaja. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeen noustessa laaja-alaisesti esiin päätin, että työpajoja järjestettäisiin kaksi erisisältöistä. Tämä mahdollistaisi enemmän aikaa yhteiselle keskustelulle. Myös koulutukset päätin toteuttamonomiammatillisina, mikä mahdollistaisi depressiohoidon yhteistyön pohtimisen yli ammattirajojen.

Koulutus- ja työpajasuunnitelman laadinnassa oli tärkeää huomioida terveysasemilla toimivien muiden kehittämishankkeiden koulutus- ja kehittämisaikataulut sekä terveysasemien perustyön haasteellisuus. Keskustelin laatimastani alustavasta koulutus- ja työpajasuunnitelmasta jokaisen neljän terveysaseman osastonhoitajan kanssa. (ks. Heikkinen ym. 2006, 100-103).

Jokaisen terveysaseman osastonhoitajan kanssa sovimme tulevat työpaja- ja aikataulut vastaamaan terveysasemien sen hetkistä tilannetta. Osassa työpajat toteutettaisiin hyvin tiiviillä aikataululla ja osassa ne tulisivat sijoittumaan pitemmälle aikavälille. Moniammatillinen koulutus järjestettäisiin kaikille neljälle terveysasemalle yhteisenä. (ks. Immonen 2005, 10.)

7.2 Työpajat

Mielenterveystyön kehittäjänä vastasin työpajojen sisällön suunnittelusta, käytännönjärjestelyistä ja toteutuksesta. Kullakin neljällä terveysasemalla järjestettiin kaksi erisisältöistä työpajaa: Depression tunnistaminen ja hoidon työvälineet ja Depression hoito on yhteistyötä. Työpajakokonaisuus sisälsi kaksi samansisältöistä iltapäivää, mikä mahdollisti mahdollisimman monen terveysaseman työntekijän osallistumisen työjärjestelyjen puitteissa. Yhteensä työpajoja järjestettiin 16.

Ensimmäisen työpajan teemana oli **Depression tunnistamisen ja hoidon työvälineitä**. Työpajat toteutettiin tammi-helmikuun 2011 aikana.

Työpajan tavoitteina oli:

- vahvistaa terveysasemien työntekijöiden osaamista depressiosta sairautena ja sen hoidosta terveysasemalla
- tutustua työntekijöiden koulutustoiveiden mukaisesti depressiohoidon seulontamenetelmiin, haastatteluteknikoihin ja depressiohoidon yleisperiaatteisiin
- moniammatillinen keskustelu depressiohoidon yhteistyökäytännöistä

Depression tunnistamisen ja hoidon työvälineitä –työpajaan osallistui yhteensä 75 terveysaseman työntekijää (lähiesimies, terveyskeskuslääkäreitä, sairaanhoitajia sekä terveyskeskusavustajia).

Työpajan lopussa jaoin osallistujille kirjallisen työpajapalautteen, missä pyydyin heitä vastaamaan kahteen seuraavaan avoimeen kysymykseen

1. Arvioi työpajan sisältöä, ruusuja ja risuja
2. Mitä uutta opit?

Työpajapalautteeseen vastasi 61 terveysaseman työntekijää eli 81% työpajaan osallistuneista. Työpajapalautteen tarkoituksena oli saada tietoa, siitä miten työntekijät kokivat työpajatyöskentelyn depressiohoidon osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistumisen foorumina. Kunkin työpajan jälkeen oli myös mahdollisuus muokata palautteiden myötä työpajasisältöä. Työpajan sisältöön ei työntekijöiltä tullut korjausehdotuksia, joten sisältö toteutui samanlaisena jokaisella terveysasemalla.

Työntekijät olivat työpajaan työskentelymuotona varsin tyytyväisiä. Niiden hyvinä puolina pidettiin pienimuotoisuutta ja moniammatillisuutta. Lisäksi ajan järjestyminen keskustelulle ja depressiohoidon yhteistyökäytäntöjen miettimiselle koettiin tärkeänä.

Toisen työpajan teemana oli **Depression hoito on yhteistyötä**. Toteutin nämä työpajat (8kpl) helmi-maaliskuun 2011 aikana. Kullakin terveysasemalla toteutettiin kaksi samansisältöistä työpajaa, mikä mahdollisti mahdollisimman monen työntekijän osallistumisen. Tähän työpajaan osallistui neljältä terveysasemalta yhteensä 70 työntekijää (lähiesimies, sairaanhoitaja, terveyskeskuslääkäreitä, terveyskeskusavustaja).

Toiseen työpajaan osallistui myös jokaisen terveysaseman psykiatrinen sairaanhoitaja, joka kertoi omasta työstään, asiakasaineistostaan sekä ajanvaraus- ja konsultaatiokäytännöistä. Tärkeänä tavoitteena oli lisätä terveysasemien ja psykiatristen sairaanhoitajien välistä vuoropuhelua. Lisäksi työpajassa esiteltiin terveysasemien psykologin ja kolmannen sektorin tekemää työtä osana depressionhoitoa.

Työpajan tavoitteena oli:

- vahvistaa moniammatillista yhteistyötä
- antaa terveysasemien työntekijöille tietoa depressiohoidon palveluvalikosta: psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykologin roolista, depressioryhmistä sekä kolmannen sektorin roolista depression hoidosta
- terveysaseman omien depressiohoidon toimintakäytäntöjen pohtiminen

Puolet työpajaan varatusta ajasta työntekijät miettivät ryhmissä terveysasemien nykyisiä depressiohoidon toimintakäytäntöjä, työnjakoa ja sitä miten niitä voisi kehittää.

Kävimme yhteisesti ryhmien tuotokset läpi. Kirjoitin ne kaikkien näkyville Power Point –esitykseen. Lopuksi tuotoksia tarkasteltiin yhteisesti.

Tuotokset tallensin omalle koneelleni myöhempää tarkastelua varten. Työpajoista laadin muistiot.

7.3 Moniammatillinen koulutus

Terveysasemien työntekijöille järjestettiin kaksi samansisältöistä moniammatillista koulutusiltapäivää 18.5.2011 ja 19.5.2011. Koulutusiltapäiviin osallistui yhteensä 74 terveysasemien työntekijää. Kouluttajana toimi yleislääketieteen – ja psykiatrian erikoislääkäri Maria Vuorilehto.

Moniammatillisen koulutusiltapäivien runko oli seuraava:

- Depression hoidon haasteita terveyskeskuksessa
- Depressiohoitajamalli
- Depressio somaattisen sairauden yhteydessä
- Depression lääkehoito aikuisväestöllä, vanhuksilla ja nuorilla

Koulutusiltapäivien tavoitteena oli antaa perustiedot depressiosta ja sen hoidosta perusterveydenhuollossa. Luennoitsija vei luentoaan keskustelun eteenpäin, joten työntekijät saivat kysyä heille epäselviä asioita ja pohtivat yhdessä terveysasemien depressiohoidon käytäntöjä.

Moniammatillisten koulutusiltapäivien lopussa jaoin koulutuspalautteet, joissa oli kaksi avointa kysymystä.

1.Arvioi moniammatillisen koulutuksen sisältöä? Kehittämisehdotuksia?

2.Miten voit hyödyntää koulutuksessa oppimiasi tietoja työssäsi?

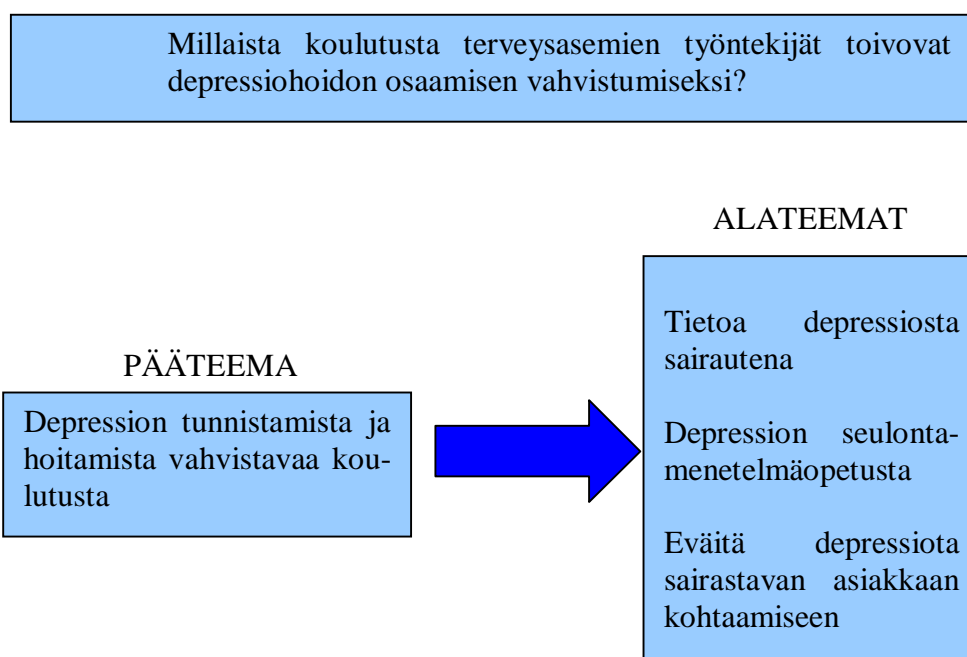
Koulutuspalautteen täytti yhteensä 47 terveysaseman työntekijää eli 64% koulutukseen osallistuneista.

8. TULOKSET

8.1 Terveysasemien työntekijöiden koulutustoiveet

Ensimmäisenä tutkimustehtävänä oli selvittää: **Millaista koulutusta terveysasemien työntekijät toivovat depressiohoidon osaamisen vahvistumiseksi?**

Terveysasemien tiimikierroksella työntekijät toivoivat useita erilaisia koulutuksia. Toivottiin uutta tietoa depressiosta ja sen erotusdiagnostiikasta, depressiohoidon seulontamenetelmäopetusta sekä eväitä depressiota sairastavan asiakkaan kohtaamiseen (Kuva 3).



Kuva 3 Työntekijöiden koulutustoiveet

Työntekijät toivoivat uutta tietoa depressiosta sairautena sekä tietoa erilaisten asiakasryhmien depression hoidosta: ikäihmiset, depressio ja somaattinen sairaus, depressio ja päihdeongelma. Myös depression lääkkeettömistä hoitovaihtoehdoista haluttiin tietoa. Depressiohoidon erotusdiagnostiikan avuksi lääkärit toivoivat luentoa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Lisäksi lääkärit toivoivat käsiteltävän depressiota sairastavan asiakkaan työkyvyn arviointia ja B-todistuksen laadintaa. Yksittäisiä luentotoiveita olivat aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen, persoonallisuushäiriöisen asiakkaan hoito sekä luento kriiseistä.

Depression tunnistamiseen liittyvää koulutusta toivottiin useassa tiimissä. Lisäksi toivottiin opastusta ja selkeää ohjeistusta depressiota sairastavan asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnissa käytettävistä seulontamenetelmistä. Työntekijät toivoivat saavansa vahvistusta myös siihen, mikä on akuuttitilanne depression hoidossa ja miten depressiota sairastavan asiakkaan akuuttitilannetta tulisi hoitaa. Depression Käypä hoito -suosituksen sisältöä toivottiin myös käytävän läpi.

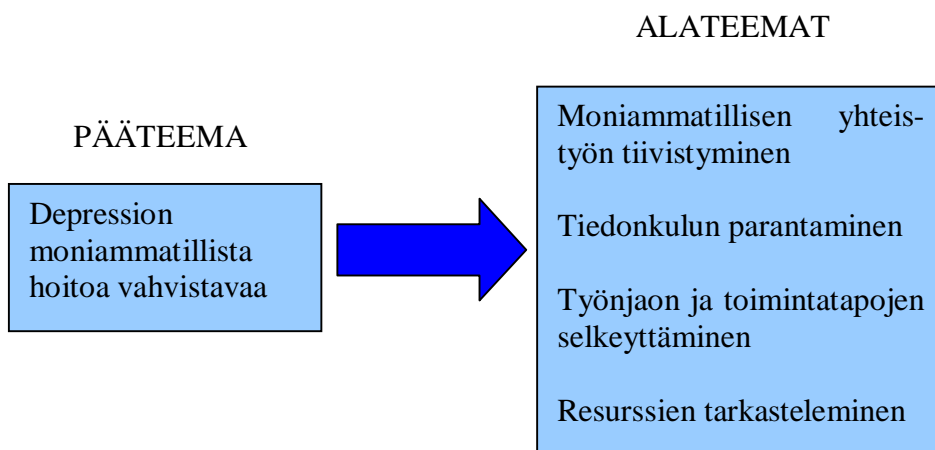
Tiedon ja seulontamenetelmien lisäksi terveysasemien sairaanhoitajat ja lääkärit toivoivat saavansa valmiuksia depressiota sairastavan asiakkaan kohtaamiseen. Osa työntekijöistä toi esiin, että oma työote oli tähän asti ollut pitkälti somaattisesti orientoitunut. Työotteen muuttamiseen kokonaisvaltaisemmaksi kaivattiin konkreettisia työmenetelmiä. Vastaanoton rakenteen tueksi toivottiin kysymyspatteristoa siitä mitä asioita depressiota sairastavan asiakkaan kanssa tuli käydä läpi.

8.2 Depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön kehittämistoiveet

Toisena tutkimustehtävänä oli selvittää: **Millaisia kehittämistoiveita terveysasemien työntekijöillä on depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön vahvistumiseksi?**

Terveysaseman työntekijät esittivät tiimipalavereissa lukuisia kehittämistoiveita moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Toivottiin moniammatillisen yhteistyön tiivistämistä, tiedonkulun parantamista, työnjaon selkeyttämistä ja resurssien tarkastelua. (Kuva 4)

Millaisia kehittämistoiveita työntekijöillä on depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön vahvistumiseksi?



Kuva 4 Työntekijöiden kehittämistoiveet moniammatillisen yhteistyön vahvistumiseksi

Toiveet moniammatillisen yhteistyön tiivistämisestä, tiedonkulun parantamisesta, työnjaon ja toimintatapojen selkeyttämisestä ja resurssien tarkastelemisesta kohdistuivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrian avohoidon väliseen moniammatilliseen yhteistyöhön, oman terveysaseman sisäiseen yhteistyöhön sekä terveysasemien ja mielenterveystyöntekijöiden väliseen moniammatilliseen yhteistyöhön.

Seuraavat tulokset onkin tästä syystä eritelty näiden kolmen kategorian mukaisesti.

8.2.1 Terveysasemien sisäinen yhteistyö

Terveysasemien työntekijät toivoivat sairaanhoitajan ja lääkärin moniammatillisen yhteistyön vahvistumista. Toivottiin myös selkeyttä terveysaseman sisäisiin toimintatapoihin.

Sairaanhoitajat toivoivat lääkäreiltä depressiota sairastavan asiakkaan sairaskertomukseen selkeitä ohjeita lääkitysseurantaan liittyen sekä jatkohoitosuunnitelman. Lääkärit taas toivoivat, että ennen lääkärin vastaanottoa asiakkaalle olisi tehty tilannekartoitus ja asiakas olisi täyttänyt BDI –testin mahdollisten depressio-oireiden todentamiseksi. Näin lääkäri voisi lyhyessä vastaanottoajassa keskittyä asiakkaan diagnosointiin, lääkitysarvioon ja hoidon kokonaissuunnitteluun.

Työpajoissa työntekijät pohtivat myös kirjaamisen tärkeyttä moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta. Hyvä kirjaaminen koettiin auttavan tiedon kulkua. Lääkärit kertoivat lukevansa sairaanhoitajien kartoitustekstit ja kokivat nämä isona apuna vastaanottotilanteessa.

Hoitaja-lääkärityöparimallin kehittäminen nähtiin tulevaisuuden haasteena.

8.2.3 Terveysasemien ja mielenterveystyöntekijöiden yhteistyö

Lahden kaupungin jokaisella terveysasemalla toimii tällä hetkellä yksi psykiatrinen sairaanhoitaja, jolle terveysasemien työntekijät voivat ohjata mielenterveysasiakkaita ilman lähetettä. Psykiatriset sairaanhoitajat hoitavat tällä hetkellä depressiota sairastavien asiakkaiden lisäksi mm. ahdistuneisuushäiriötä ja skitsofreniaa sairastavia asiakkaita.

Terveysasemien työntekijät toivoivat oman alueen psykiatrisen sairaanhoitajan linkittyvän vahvemmin terveysaseman toimintaan ja osaksi terveysaseman tiimiä. Näin jatkossa vuoropuhelu depression hoidosta olisi tiivistä. Psykiatrisilta sairaanhoitajilta toivottiin lisäksi akuuttivastaanottoaikoja sekä säännöllisiä konsultaatioaikoja, jolloin terveysaseman työntekijät voisivat kysyä ohjeita ja neuvoja omassa seurannassaan olevien depressiota sairastavien asiakkaiden hoitoon liittyen. Työntekijät toivat esiin, että terveysasemien kahta psykologia ja heidän työn-

kuvaansa ei tunnettu tarpeeksi. Psykologien tiimivierailuja toivottiin. Psykologin rooliin depression hoitoketjussa toivottiin myös selkeyttä.

Terveysasemien sairaanhoitajat toivoivat depressionhoitoon kehitettävän selkeitä hoitopolkukaavioita. Hoitopolkujen tulisi sisältää sopimus depressionhoidon porrastuksesta terveysaseman sairaanhoitajan ja mielenterveystyöntekijöiden välillä. Hoitopolut auttaisivat hahmottamaan mikä taho vastaa eri asteisen depressioasiakkaan hoidosta. Lisäksi työntekijät toivoivat, että hoitopolkuja käytäisiin jatkossa tiimeittäin läpi jolloin ne tulisivat kaikille tutuksi ja samalla yhtenäistäisivät eri terveysasemien hoitokäytäntöjä.

Useassa eri yhteydessä terveysasemien työntekijät toivat esiin, että mielenterveystyöntekijöiden (psykiatristen sairaanhoitajien ja psykologien) määrä koettiin riittämättömäksi. Kehittämisprosessin toivottiin myötävaikuttavan mielenterveystyöntekijöiden resurssoinnin lisäämiseen lähivuosina.

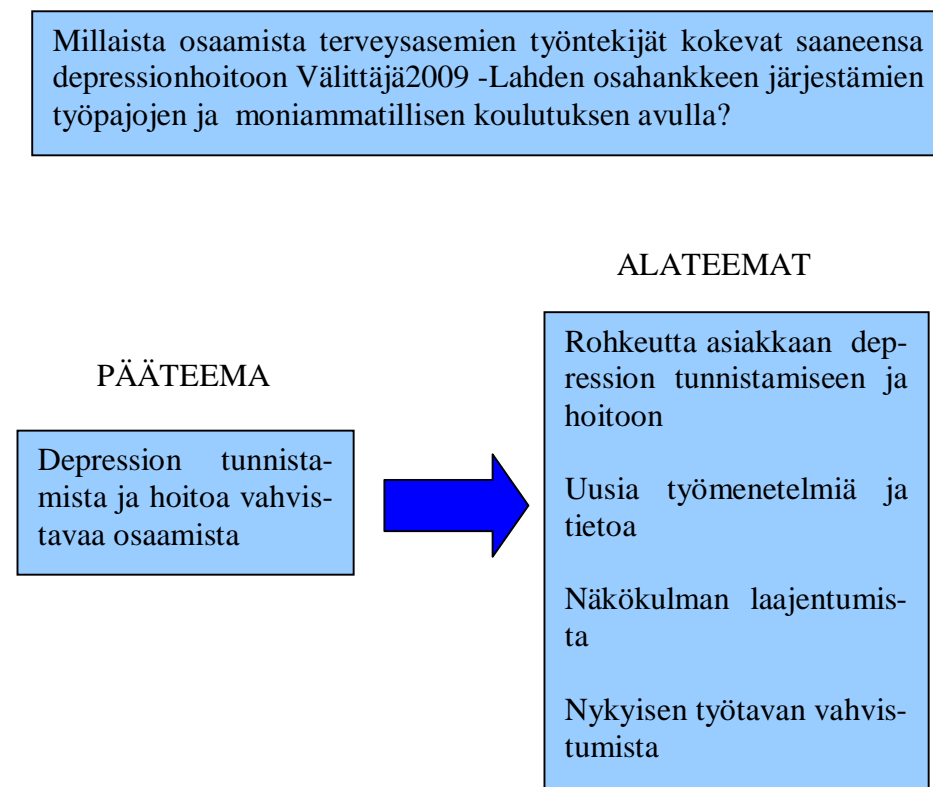
8.2.3 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö

Terveyskeskuslääkärit toivoivat erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrialta tietoa ja selkeitä jatkohoito-ohjeita asiakkaan hoitovastuun siirtyessä perusterveydenhuoltoon. Näin turvattaisiin hoidon jatkuvuus sekä välttäisiin päällekkäisiltä hoitointerventioilta.

Konsultoivan psykiatrin rooliin toivottiin selkeyttä. Toivottiin myös, että konsultoiva psykiatri olisi jatkossa entistä tiivimmässä yhteydessä terveyskeskuslääkäreiden kanssa. Molemminpuolinen tuttuus auttaisi ja madaltaisi kynnystä konsultoida ja keskustella asiakkaan kokonaishoidosta. Jatkossa konsultoivan psykiatrin toivottiin kouluttavan terveysasemien työntekijöitä depressionhoidon osaamisen vahvistumiseksi.

8.3 Depressiohoidon osaamisen vahvistuminen

Kolmantena tutkimustehtävänä oli selvittää: **Millaista osaamista terveysasemien työntekijät kokevat saaneensa depressionhoitoon Välittäjä2009 -Lahden osahankkeen järjestämien työpajojen ja moniammatillisen koulutuksen avulla?** (Kuva 5)



Kuva 5 Depressiohoidon osaamisen vahvistuminen

8.3.1 Rohkeutta asiakkaan depression tunnistamiseen ja hoitamiseen

Useat terveysasemien työntekijät kokivat saaneensa työpajojen ja moniammatillisten koulutusten kautta vahvistusta ja rohkeutta depressiota sairastavan asiakkaan kohtaamiseen.

Sain vastaanottotyöhön eväitä masentuneeseen potilaaseen ”tutustumiseen”

..rohkeutta jatkossa kohdata depressioasiakkaita

Kynnys kysyä vastaanotolla asiakkaan mielialasta, depressiosta ja sen oireista koettiin myös madaltuneen. Koulutuksesta oli myös saatu konkreettisia neuvoja ja ohjeita depressiota sairastavien asiakkaiden vastaanottotyöhön.

...kynnys madaltui kysymään masennuksesta ja oireista

Opin konkreettisia kysymyksiä miten voin edetä depressiopotilaan kanssa

8.3.2 Uusia työmenetelmiä ja tietoa

Työntekijät kokivat saaneensa koulutusten ja työpajojen kautta useita uusia työvälineitä ja -käytäntöjä depressiota sairastavien asiakkaiden hoidon tueksi.

Lahden terveysasemat ovat Potku –hankkeen kehittämisprosessin myötä tehostaneet omahoitolomakkeen käyttöä. Pitkäaikaissairautta sairastava asiakas valmistautuu vuosikontrolliin täyttämällä omahoitolomakkeen, mikä kartoittaa asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesti. Omahoitolomake auttaa asiakasta ja työntekijää hoidon tavoitteiden ja hoitosuunnitelman laadinnassa. Omahoitolomake nähtiin hyvänä työkaluna myös depressiota sairastavan asiakkaan kokonaistilanteen kartoittamisessa sekä hoitosuunnitelman laadinnassa.

Työpajoissa käytiin läpi Depression Käypä Hoito –suositusta. Useat työntekijät kokivat sen tärkeänä työvälineenä perustyössä ja toivoivat oppivansa hyödyntämään sitä vielä paremmin.

Työpajoissa tutustuttiin depressiohoidon eri seulontamenetelmiin (DEPS, BDI, EPDS, GDS). Osa työntekijöistä toi esiin, että seulat olivat tuttuja ja käytössä omassa perustyössä. Kertaaminen koettiin kuitenkin positiivisena ja aktivoivan seulojen käyttöä vastaanottotyössä.

Hyvä, että olen kerrannut depressioseulonnan/haastatteluja

Ehkä muistan ruveta käyttämään testejä, oli hyvä muistutus niiden käytöstä

Osalle työntekijöistä depression seulontamenetelmät olivat vieraampia. Työpajojen myötä seulat tulivat tutuksi. Työntekijät toivat myös esiin, että oli tärkeää saada tietoa siitä, mitkä depression seulontamenetelmät ovat käyttökelpoisia missäkin tilanteessa.

Uutta tietoa erityyppisistä masennusseuloista ja niiden käytöstä sekä löytämisestä

Työntekijät kokivat saaneensa monipuolista ja laaja-alaista tietoa käytännön työhön. Tieto depression eri hoitomuodoista koettiin myös tarpeellisenä.

Hyvää tietoa, missä elämänvaiheessa ihmisillä riski sairastua masennukseen

...tietoa diagnostiikan selventämiseen

Sain ahdistuneisuushäiriöstä hyvää tietoa, miten eroaa masennuksesta

Työntekijät kokivat erityisesti tiedon depressiolääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista hyödyllisenä. Työpajoissa käytiin keskustelua siitä, miten asiakkaan motivoiminen mielialalääkkeen käyttöön on usein haastavaa. Yhdessä keskustellen mietittiin keinoja lääkehoitoon motivoimiseen.

Opin miten motivoida lääkkeitä käyttöön. Ja sain lääkkeitä ja niiden sivuvaikutuksista tietoa.

8.3.3 Depressiohoidon kokonaisuus selkeytyi ja näkökulma laajentui

Koulutukset ja työpajat lisäsivät työntekijöisen ymmärrystä depression yleisyydestä. Moni koki myös depressiohoidon kokonaisuuden selkeytyvän ja oman näkökulman depressionhoidosta laajentuneen.

Laajensi omaa näkökulmaa, osaan katsoa asioita taas eri näkökulmasta

Sain selkeän kuvan depression hoidosta (terapiat + lääkkeet). Osaan hahmottaa kokonaisuuksia toisella tapaa

Asiakkaan depressio-oireiden kietoutuminen somaattisten oireiden taakse herätti työpajoissa ja koulutuksissa paljon keskustelua.

Heti huomenna alan arvioida epämääräisin oirein tulevia potilaita uudelleen, masennusnäkökulma

Luennoitsijan potilasesimerkit saivat erityisen paljon kiitosta. Työntekijät kokivat potilasesimerkkien auttavan soveltamaan tietoa omaan työhönsä.

8.3.4 Oman nykyisen työtavan vahvistumista

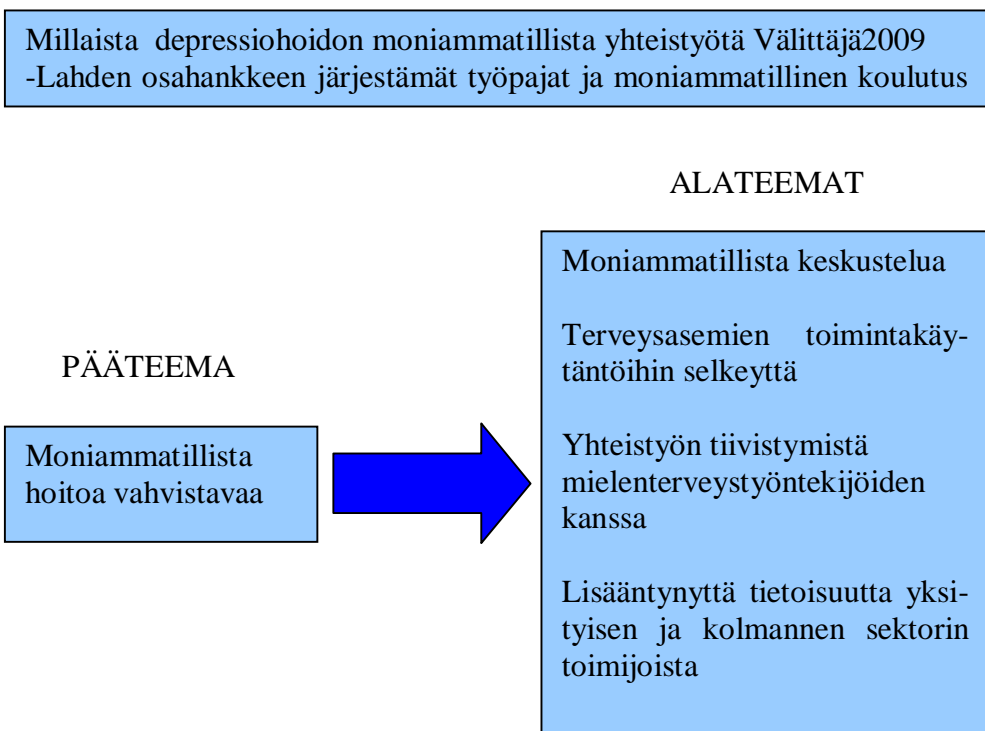
Osa työntekijöistä koki koulutuksen ja työpajojen vahvistaneen omaa nykyistä työskentelytapaa depressiota sairastavien asiakkaiden hoidossa.

Tuki nykyistä toimintatapaani ja näkökulmaa

Vahvensi aiemmin hyviksi osoittautuneita käytäntöjäni

8.4 Työntekijöiden kokemuksia moniammatillisen yhteistyön vahvistumisesta

Neljäs tutkimustehtävä oli: **Millaista depressiohoidon moniammatillista yhteistyötä Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen järjestämät työpajat ja moniammatillinen koulutus terveysasemille tuottaa?** (Kuva 6)



Kuva 6 Depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön vahvistuminen

8.4.1 Moniammatillista keskustelua

Moniammatillisen keskustelun mahdollisuus ei ole terveysasemien arjessa itsestäänselvyys. Työntekijät antoivat paljon positiivista palautetta siitä, että työpajat ja moniammatillinen koulutus tarjosi mahdollisuuden yhteiseen keskusteluun ja työkavereiden tapaamisen. Erityisesti lääkäreiden mukanaolo työpajoissa ja koulutuksessa sai paljon kiitosta.

Hyvä että varattu depressiohoidon pohdinnalle aikaa. Sai keskustella asioista, jotka mietityttää...ja mitä muilta tulee esille

...yhteiset keskustelut ja yhteisten ajatusten ja toimintojen vaihtoa/yhtenäistämistä

Oli kiva tavata työryhmää, luennolla myös lääkäreitä – kerrankin

Lisäksi työntekijät kokivat positiivisena, että työpajojen ja moniammatillisen koulutuksen sisällössä ja toteutuksessa oli huomioitu jokaista ammattiryhmää.

Koulutuksen tieto oli käytännönläheistä ja sopi varmasti kaikille ammattiryhmille

Positiivista palautetta sai myös se, että moniammatillisen koulutuksessa luennoinneella psykiatrilla oli omakohtainen kokemus perusterveydenhuollon työstä.

Hienoa, että kouluttajana ”raskaan sarjan ammattilainen”, kenellä tietoa ja kokemusta perusterveydenhuollon työstä

Keskustelun kautta työntekijät kokivat saaneensa tietoa ja ymmärrystä toisten ammattiryhmien työn sisällöstä.

...kollegoiden työstä realiteetit

Sain paljon hyvää tietoa lääkäreiden työstä

8.4.2 Terveysasemien toimintakäytäntöjen selkeytyminen

Terveysaseman sairaanhoitajat kertoivat, että useimmiten asiakas tulee depressio-oireidensa kanssa ensimmäiseksi terveysaseman sairaanhoitajan päivystysvastaanottoajalle. Lyhyt vastaanottoaika luo omat haasteensa asiakkaan kokonaistilanteen kartoittamiseksi. Työpajoissa työntekijät pohtivat miten tärkeää terveysaseman sairaanhoitajan onkin varata asiakkaan kokonaistilanteen kartoittamiseksi uusi vastaanottoaika.

...depressioepäilyssä tärkeää, että sairaanhoitaja ottaa potilaasta ”kopin” ja kartoittaa tämän tilanteen

...terveysaseman sairaanhoitajan käynnillä hyvä anamneesi, seulat

Myös lääkärit korostivat asiakkaan kokonaistilanteen kartoittamisen tärkeyttä ennen lääkärin vastaanottoaikaa. Tällöin lääkäri voisi lyhyellä vastaanottoajalla keskittyä enemmän omaan rooliinsa eli diagnostiikkaan, lääkitys- ja sairausloma tarpeen arviointiin sekä hoidon kokonais-suunnitteluun.

BDI tulisi olla täytettynä ennen lääkärin vastaanottoa

Kartoituksen pohjalta asiakkaan mahdollinen jatkohoito-ohjaus olisi suunnitelmallisempaa.

Kartoituksen pohjalta osaan tarvittaessa ohjata jatkohoitoihin, mitä voi olla useampi kohde

...jatkohoidon suunnittelu ja oikeaan paikkaan ohjaus: sain käytännön vinkkejä ohjaukseen

Moniammatillinen keskustelu terveysasemien depressiohoidon toimintakäytännöistä koettiin tärkeänä asiana. Yhteisen keskustelun koettiin selkeyttäneen depressiohoidon työnjakoa ja toimintakäytäntöjä.

...hyvää yhteisten pelisääntöjen sopiminen eli keskustelu

Yhteistyö lääkäreiden + hoitajien osalta selkeytyi

Työntekijät arvelivat, että depressiohoidosta ja sen toimintakäytännöistä keskustelu ja niiden jatkokehittäminen jatkuu myös työpaikoilla.

Heräsi paljon keskustelua, mikä jatkuu varmasti myös työpaikoilla

...pohjaa yhteistyön kehittämiseksi (BDI –täyttö, psyk.sh konsultoinnit)

Pohdinta moniammatillisesta työnjaosta, hoitosuunnitelmasta yms. HYVÄ

8.4.3 Yhteistyö mielenterveystyöntekijöiden kanssa vahvistui

Työntekijät kokivat, että työpajat ja moniammatillinen koulutus lisäsi tietoa terveysasemien psykiatristen sairaanhoitajien ja psykologien työstä. Tiedon koettiin auttavan asiakkaan jatkohoidon ohjauksessa.

Olen erityisen tyytyväinen kun tapasin oman alueen psykiatrisen sairaanhoitajan nokakkain. Aikaisemmin oli vain nimi tuttu ja olin hänelle ohjannut potilaita päivystysvastaanotolta.

Todennäköisesti tulee ohjattua jatkossa myös psykologeille potilaita, heidän olemassaolosta/tai siitä millaisia potilaita heille voi ohjata ei ole ollut aikaisemmin tietoa

Terveysasemien työntekijöiden toiveesta psykiatriset sairaanhoitajat alkoivat tarjota säännöllisiä konsultaatioaikoja, joissa terveysasemien sairaanhoitajilla oli mahdollisuus keskustella asiakkaidensa depressiosta sekä saada ohjeita ja tukea tämän hoitoon.

Psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatiomahdollisuus tuo turvaa

Työpajoissa nousi toive, että terveysaseman psykologit kävisivät tiimeissä esittäytymässä ja kertomassa omasta työstään. Psykologien tiimivierailut päätettiin toteuttaa marraskuu-joulukuu 2011 välisenä ajanjaksona.

Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen kehittämisprosessin aikana terveysasemilla alkoi uutena hoitomuotona säännölliset depressioryhmät. Depressioryhmissä työparina toimivat terveysasemien psykiatriset sai-

raanhoitajat ja psykologit. Työpajoissa psykiatriset sairaanhoitajat kertoivat terveysasemien depressioryhmistä ja kannustivat terveysasemien työntekijöitä ohjaamaan asiakkaita ryhmiin.

Aletaan aktiivisesti lähettämään potilaita psykiatristen sairaanhoitajien ohjaamiin depressioryhmiin

Hyvä, että sain tietoa depressioryhmistä

8.4.4 Tietoisuus muista palveluntuottajista lisääntyi

Työpajoissa käytiin läpi Lahden seudun kolmannen sektorin tuottamia mielenterveyspalveluja. Moniammatillinen koulutus sisälsi tietoa myös Kelan terapian indikaatioista depression osalta.

Työntekijät kokivat tärkeäksi saada tietoa terveysaseman ulkopuolisista palveluntuottajista. Tämän arveltiin lisäävän asiakkaan ohjaamista kolmannen ja yksityisen sektorin tuottamiin palveluihin.

...aktivoi ohjausta kolmannen sektorin palveluihin

Harkitsen psykoterapialähetteitä

Työpajoissa terveysasemien työntekijät toivoivat tutustumiskäyntejä keskeisiin kolmannen sektorin mielenterveyspalveluihin.

9. POHDINTA

9.1 Mietteitä opinnäyteprosessista

Yhteistyö Lahden kaupungin neljän terveysaseman työntekijöiden kanssa on ollut vuoden kestävä prosessi. Vastaanotto mielenterveystyön kehittämistyölle on ollut pääosin positiivista. Suurin osa terveysasemien työntekijöistä ovat olleet motivoituneita vahvistamaan omaa osaamistaan depressionhoidossa. Myös moniammatillisen yhteistyön pohdinnalle on ollut selkeästi oma tilauksensa.

Lahden terveysasemien johtoporras on sitoutuminen kehittämistyöhön. Työntekijöille on annettu mahdollisuus osallistua työpajoihin ja koulutuksiin. Tämä on ollut erittäin tärkeää. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen 2001 mukaan esimiestason tuleekin tukea psykososiaalis-

ten ongelmien kohtaamista osana peruspalvelujen työtä. Työntekijöiden tulee saada koulutusta, työnohjausta sekä konsultaatiotukea. Terveysasemien työntekijät kokivat, että terveysasemilla yhtäaikaaisesti meneillään olevat Potku –hanke sekä Välittäjä2009 –hankkeen päihdetyön ja depressiohoidon kehittämisprosessit ovat tukeneet toisiaan ja muodostaneet selkeän kokonaisuuden.

9.2 Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen arviointia

Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen kehittämisprosessin aikana Lahden terveysasemien depressiohoidon porrastuksesta on sovittu, että lievien depressio-oireista kärsivien asiakkaiden hoito ja seuranta tapahtuu joko terveysasemien sairaanhoitajien tai psykologien vastaanotolla.

Terveysasemien sairaanhoitajilla on mahdollisuus konsultoida psykiatriasia sairaanhoitajia tai lääkäreitä osaamisensa tueksi. Lisäksi sairaanhoitajilla on mahdollisuus ohjata lievää depressiota sairastavia asiakkaita psykologien ja psykiatristen sairaanhoitajien ohjaamiin depressioryhmiin. On tärkeää, että asiakkaita ohjataan myös tarkoituksenmukaisesti kolmannen sektorin palveluihin.

Hoidon porrastuksella taataan, että lievistäkin depressio-oireista kärsivien asiakkaiden tilanteeseen puututaan aktiivisesti sekä jatkoseurannasta huolehditaan. Tämä tukee myös kokonaisvaltaista hoitoa, koska usein asiakkaan lievät depressio-oireet esiintyvät pitkäaikaissairauden liitännäissairautena. (Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen loppuraportti.)

Terveysasemien sisäisen hoidon porrastuksen tavoitteena on, että jatkossa psykiatristen sairaanhoitajien työpanos keskittyy erityisosaamista vaativien eli keskivaikeaa ja vaikeaa depressio sairastavien asiakkaiden hoitoon.

Terveyskeskuslääkärit vastaavat luonnollisesti jatkossakin kaikista perusterveydenhuollossa olevien depressiota sairastavien asiakkaiden hoidosta, diagnosoinnista sekä sairausloma- ja lääkitysarvioista.

Tämän opinnäytetyön tutkimusosioon on valittu vain osa Välittäjä2009 –hankkeen aikana järjestettävistä työpajoista ja koulutuksista (Liite 1). Kehittämisprosessiin on kuulunut kokonaisuutena mm: useita terveysasemien mielenterveystyötä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä vahvistavia kehittämistyöryhmiä. Lisäksi terveysasemien mielenterveystyöntekijöiden kanssa on pohdittu omissa foorumeissa erityisasiantuntijuutta ja sen vahvistamista. (Lahden - osahankkeen hankekortti.)

Tätä taustaa vasten terveysasemien depressiohoidon osaamista ja moniammatillisen yhteistyötä on vahvistettu laajalla rintamalla. Tämän opinnäytetyön tulososio esittelee luonnollisesti vain osan kehittämispro-

sessin kokonaisuudesta. Terveysasemien tiimivierailulla työntekijöiden esittämät koulutus- ja moniammatillisen yhteistyön kehittämistoiveiden toteutumista ei voida kokonaisuudessaan tämän opinnäytetyöprosessin aikana arvioida. Kehittämisprosessi on ollut kokonaisuus, josta opinnäytetyöprosessi valottaa pienen siivun.

9.3 Työntekijöiden koulutustoiveet

Syksyn 2010 aikana neljällä terveystasemalla järjestettyjen tiimivierailujen yhteydessä työntekijöillä oli mahdollisuus esittää odotuksia ja toiveita tuleviin koulutuksiin ja työpajasisältöihin. Esitetyt toiveet olivat yhteisiä jokaisella neljällä terveystasemalla sekä linjassa depressiohoidon Käypä hoito –suosituksen kanssa. Toiveiden yhtenäisyys mahdollisti myös työpajojen ja moniammatillisen koulutusten sisällön rakentamisen työntekijöiden toiveiden pohjalta.

Terveystasemien työntekijät osasivat määritellä koulutustoiveensa ja olivat realistisia koulutustoiveita esittäessään. Toiveet oli mahdollista toteuttaa terveystaseman perustyön puitteissa. Koulutustoiveita esitettiin keskeisistä depressiohoidon osa-alueista. Oli hienoa havaita, että tiedon ja menetelmäopetuksen lisäksi työntekijät toivoivat saavansa koulutusprosessin myötä valmiuksia depressiota sairastavan asiakkaan kohtaamiseen.

Työntekijöiden koulutustoiveet olivat samansuuntaisia kuin Liukan (2010, 40-41) tutkimuksessa, jossa perusterveydenhuollossa työskentelevät sairaanhoitajat toivoivat koulutusta depressiota sairastavan asiakkaan tunnistamiseen ja kohtaamiseen. Lisäksi tutkimuksessa toivottiin koulutusta lääkityksistä sekä erilaisista hoitomuodoista ja niiden vaikutuksista.

9.4 Moniammatillisen yhteistyön kehittämistoiveet

Terveystasemien työntekijät esittivät runsaasti moniammatillisen yhteistyön kehittämistoiveita. Alustavasti olin suunnitellut, että jokaisella terveystasemalla toteutettaisiin koulutuksia ja yksi työpaja. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeen noustessa laaja-alaisesti esiin päätin, että työpajoja järjestettäisiin kaksi erisisältöistä. Tämä mahdollistaisi enemmän aikaa yhteiselle keskustelulle. Koulutukset päätin toteuttaa pääsääntöisesti moniammatillisina, mikä myös mahdollistaisi depressiohoidon yhteistyön pohtimisen yli ammattirajojen.

Terveystasemien moniammatillisten yhteistyön kehittämistoiveiden runsaus heijastaa todennäköisesti toimintakäytäntöjen ja yhteistyön tarkastelun tarpeellisuutta myös muiden kuin depressionhoidon osalta. Perustyön kiire luo omat haasteensa moniammatilliselle yhteistyölle.

Peltosen (2009,109-113) väitöstutkimuksessa perusterveydenhuollon sairaanhoitajat ja lääkärit tuovat esiin tämän opinnäytetyön tulosten kanssa samansuuntaisia moniammatillisen yhteistyön kehittämishaasteita: hoitaja-lääkäri -yhteistyön syventämistä, hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä konsultaatioaikoja, moniammatillisia palaverieita ja työparityöskentelyä. Kehittäminen tulisi olla säännöllistä toiminnan ja toimintatapojen arviointia, hoito-ohjelmien ja prosessien kuvaamista sekä työmenetelmien ja yhteistyön kehittämistä.

9.5 Depressiohoidon osaamisen vahvistuminen

Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittavat, että terveysasemien työntekijöiden depressiohoidon osaaminen on vahvistunut työpajojen ja moniammatillisen koulutuksen myötä. Jokaisen työntekijän depressiohoidon osaamisen lähtötaso on luonnollisesti ollut erilainen kehittämisprosessin alussa. Kehittämisprosessi on tällöin vahvistanut työntekijöiden osaamista eri tavalla, toiset ovat rohkaistuneet puhumaan depressiosta asiakkaiden kanssa, toiset taas ovat kehittäneet omaa työtapaansa hoitaa depressiota sairastavia asiakkaita.

Osaamisen vahvistuminen ei suinkaan rajoitu vuoden kestävään prosessiin vaan se jatkuu työntekijöiden kohdatessa ja rohkaistuessa hoitamaan depressiota sairastavia asiakkaita. Esimiesten tärkeänä tehtävänä on turvata, että työntekijät saavat rauhassa sisäistää ja ottaa käyttöön oppimiaan menetelmiä. Mitä enemmän uuden tiedon omaksumiseen tarvitaan henkilökohtaista pohdintaa ja vaivannäköä, jopa asennetason muutoksia, sitä pidemmällä viiveellä tapahtuu opitun käyttöönotto. (Kohonen 2000, 141; Beirsto 2000, 57.)

Sekä Hyvösen (2004, 58) ja Kokon (2004, 67) väitöstutkimuksissa tuli esiin, että perusterveydenhuollon lisääntynyt mielenterveystyö koettiin lisäävän työntekijöiden osaamisvaatimuksia. Perusterveydenhuollossa hoidetaan nykyään asiakkaita, jotka aikaisemmin hoidettiin erikoissairaanhoidossa. Tämä vaatii laaja-alaista ja monipuolista ammattitaitoa, jota ei aina koettu olevan riittävästi.

Myös vuonna 2005 alkaneet tehtävänsiirrot ovat lisänneet terveysasemien sairaanhoitajien osaamisvaatimuksia myös depressiohoidon osalta. Lääkäreiltä terveyden- ja sairaanhoitajille siirtyneitä tehtäviä ovat mm: hoidon tarpeen arviointi, asiakkaiden ohjaaminen muille ammattilaisille, konsultoinnin tarjoaminen muille ja oman vastaanoton pitäminen (Iivanainen ym. 2010, 41). Syväsen (2009, 42-45) mukaan tehtäväsiirron myötä sairaanhoitajien osaaminen on parantunut ja moniammatillinen yhteistyö hoitajien ja lääkäreiden välillä on selkeästi vahvistunut. Myös asiakkaiden hoitoon pääsy on selkeästi parantunut ja terveysasemien toiminta tehostunut.

Lisääntyneiden osaamisvaatimuksen myötä terveysaseman työntekijät kaipaavat tutkimusten mukaan työnohjausta työnsä tueksi (Kokko 2004, 58; Hyvönen 2004, 67). Myös työpajoissa osa työntekijöistä toi esiin toiveensa saada työnohjausta mielenterveystyön ja ylipäättänsä koko perustyön lisääntyneen osaamisvaatimusten tueksi. Kuosmasen (2011, 18) mukaan terveysasemien työntekijöiden työnohjaus olisi tärkeää järjestää osaamisen vahvistamiseksi mutta myös työntekijöiden jaksamisen tueksi.

Hyrkäs (2002, 133) on tutkinut psykiatrian erikoissairaanhoidossa työnohjauksen vaikutusta tiimeissä ja sen jäsenissä ammattillisen kehittymisen näkökulmasta. Työnohjauksen avulla osaaminen vahvistui ja työskentelymenetelmät kehittyivät. Lisäksi työntekijöiden väliset suhteet muuttuivat vuorovaikutteisemmaksi ja asenteet toisia kohtaan tulivat joustavammaksi. Yhtenäisyyden tunne vahvistui. Työnohjauksella oli myös selkeä vaikutus työmotivaatioon.

Työpajoissa osa terveysasemien sairaanhoitajista pohti, että onko heidän hoitonsa tarpeeksi laadukasta depressionhoitoa. Hyvösen (2004, 64) väitöstutkimuksessa perusterveydenhuollon työntekijät ovat pohtineet samansuuntaisia asioita. Tutkimuksessa työntekijät kokivat oman ammatitaidon riittävän potilaita tukevaan mielenterveystyöhön keskustelun avulla. Varsinaisen terapiatyön ei nähty kuitenkaan kuuluvan perusterveydenhuoltoon. Mielenterveystyön erityiskoulutusta ei myöskään pidetty ehdottoman edellytyksenä perusterveydenhuollon mielenterveys-työssä.

Työpajoissa työntekijät pohtivat myös sitä, millä tavalla depressiota sairastavan asiakkaan hoito ja sen osaamisvaatimukset eroavat somaattisesti sairastavan asiakkaan hoidosta. Terveysaseman työntekijät joilla oli kokemusta depressiota sairastavien asiakkaiden hoidosta kertoivat omista kokemuksistaan. Sairaanhoitajat toivat esiin, etteivät somaattisesti sairastavan ja depressiota sairastavan asiakkaan hoidossa käsiteltävät asiat juurikaan eronneet toisistaan.

Kokon (1999, 90) väitöstutkimuksessa perusterveydenhuollon työntekijät toivat esiin, että somaattisista oireista keskusteleminen nähtiin keinona lähestyä depressiivisiä asiakkaita. Somaattisten oireiden tutkimisen koettiin myös välttämättömänä ennen pääpainon siirtämistä psyykkisten tekijöiden kartoittamiseen.

Hyvösen (2004, 62) tutkimuksessa mielenterveystyö nähtiin kuuluvan perusterveydenhuollon jokapäiväiseen työhön. Usein sen kuvattiin olevan mukana työssä ikään kuin punaisena lankana, jolloin mielenterveystyö on kietoutunut potilaan kokonaishoitoon. Asiakkaan kokonaisvaltainen hoito ja hänen somaattinen hyvä hoito nähtiin olevan mielenterveystyötä parhaimmillaan.

Kokon (1999, 94) väitöstutkimuksessa tuli esiin, että perusterveydenhuollon hoitajien etuna depressiota sairastavien asiakkaiden hoidossa pidettiin pitkien hoitosuhteiden luomaa tuttuutta ja turvallisuutta.

Tätä samaa asiaa terveysaseman työntekijät pohtivat myös työpajoissa. Tulosten mukaan osa työntekijöistä sai vahvistusta omalle tavalleen tehdä työtä. Eräässä työpajapalautteessa työntekijän ”oivallus” oli kiteytettynä seuraavasti: *...ei hättää, tuttu ja turvallinen hoitosuhde riittää*. Kokko (2004, 112) toteaaakin, että hyvä mielenterveystyö toteutuu ennen kaikkea luottamuksellisena hoitosuhteena. Käytettävällä menetelmällä ei ole niinkään merkitystä. Tärkeintä on, että työntekijä tarjoutuu asiakkaansa kuuntelijaksi. Hoito suunnitellaan potilaan ehdoilla, koska hän päättää mistä asioista keskustellaan. Tämän käsitystyyppin mukaan hyvän mielenterveystyön tulos ilmenee asiakkaan vahvistumisena. Vahvistuminen merkitsee kykyä aiempaa itsenäisempään ongelmanratkaisuun.

9.6 Depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön vahvistuminen

Terveysasemien työntekijät kokivat työpajatyöskentelyn moniammatillisen yhteistyön kehittämisfoorumina erittäin positiivisesti. Paljon positiivista palautetta sai työpajojen mahdollistama keskustelu ja yhteinen pohdinta. Koettiin myös tärkeäksi, että aikaa oli varattu oman työryhmän jäsenten tapaamiseen ja yhteiseen keskusteluun.

Erityisesti lääkärien mukanaolo koulutuksissa sai paljon positiivista palautetta. Moniammatillisuuden koettiin mahdollistavan laajalaisemman keskustelun ja saumattoman pohdinnan yhteistyöstä ja toimintakäytännöistä. Lääkäreiden mukanaolon erityishuomioinnin perusteella saattaa päätellä, että hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden yhteiset koulutustilanteet eivät terveysasemien ole arjessa kovinkaan yleisiä. Siihen mistä tämä johtuu on vaikea löytää yksiselitteistä vastausta.

Saarela (2003, 60) on tutkinut väitöstutkimuksessaan moniammatillisen koulutuksen vaikutuksia ikääntyvien psykiatristen asiakkaiden kanssa työskentelevien terveyskeskustiimien (lääkäri, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä) jäsenten asenteisiin ja tietoihin. Tutkimuksen mukaan yhteisen koulutuksen koettiin vahvistavan moniammatillista työskentelyotetta. Yhteisen moniammatillisen kielen löytymisen merkitystä korostettiin.

Koivukosken (2009, 94-95) mukaan kehittyneissä terveydenhuollon yksikössä lääkäri on tasavertainen moniammatillisen tiimin jäsen. Lääkärin tulee osata hyödyntää muiden tiimin jäsenten tietoa, taitoa ja osaamista.

Kokon (1999, 83-93) tutkimuksessa terveysasemien hoitajien mukaan konsultointi ja moniammatillinen yhteistyö oli voimavara, mikä mahdollisti depressiivisen asiakkaan hoitoprosessin etenemisen terveyskeskuksessa. Hoitajat toivat esiin, ettei yhdelläkään terveysaseman am-

mattiryhmällä ole yksinään riittäviä resursseja vastata depressiota sairastavan asiakkaan hoidosta. Hoitajat nimesivätkin lääkärit tärkeimmiksi yhteistyökumppaneikseen. Yhteistyötä tehtiin myös muiden eri ammattiryhmien kanssa sekä terveyskeskuksen sisällä että ulkopuolisten tahojen kanssa. Myös Hyvösen (2004, 64-68) tutkimuksessa työntekijät korostivat depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä.

Isotalon (2006, 20) tutkimuksessa tuli esiin, eri ammattiryhmät kokevat moniammatillisen yhteistyön eri tavalla. Lääkärit kokivat tiimityön vuorovaikutuksena lääkärikollegoiden kanssa. Muut ammattiryhmät näkevät sen ammattiryhmien välisenä toimintana. Sairaanhoitajien ja lääkärin väliset tiimityön käsite ja asenne-erot korostavat ammattiryhmien välisissä yhteistyösuhteissa suhteen sujuvuutta. Opinnäytetyön tulososiossa ei depressiohoidon moniammatillisen yhteistyön vahvistumista arvioida ammattiryhmittäin.

Työpajoissa käydyissä keskusteluissa tuli esiin, että terveysasemien toimintakulttuureissa depressionhoidossa oli selkeitä eroja. Osassa lievien depressiota sairastavien asiakkaiden hoito koettiin luonnollisena osana terveysasemien työtä. Toisella terveysasemalla taas työntekijät toivat esiin, että heidän roolinsa oli enemmänkin depressio-oireiden tunnistaminen ja asiakkaiden jatkohoidon ohjaus mielenterveystyöntekijöille.

Moniammatillisia kehittämistoiveita kartoitettaessa työntekijät nostivat esiin kehittämistoiveita myös perusterveydenhuollon ja aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon yhteistyölle. Järjestetyt työpajat ja moniammatillinen koulutus keskittyi terveysasemien sisällä tehtävään moniammatilliseen yhteistyöhön. Niissä ei keskitytty varsinaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyökysymyksiin. Tämän opinnäytetyön aineiston puitteissa tähän kysymykseen ei saada vastausta.

Välittäjä2009 –Lahden osahankkeessa yhtenä tärkeänä kehittämiskohdeena on ollut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö. Terveysasemien ja aikuispsykiatrian avohoidon työntekijöistä ja esimiehistä koostuneet kehittämistyöryhmät ovat kokoontuneet säännöllisesti. On sovittu, että kehittämistyöryhmät jatkavat toimintaansa osana perustyötä myös Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen päättymisen jälkeen. (Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen loppuraportti.)

Terveysasemien työntekijät kokivat saaneensa kehittämisprosessin aikana tietoa kolmannen ja yksityisen sektorin toiminnasta osana depressiohoidon palveluvalikkoa. Kiikkalan (2002, 27-28) mukaan yhteistyön kehittämiseen järjestön, seurakuntien, yhdistysten kanssa onkin tärkeä panostaa. Myös vertaistukiryhmistä osana mielenterveyspalveluja on myönteisiä kokemuksia.

9.7 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kylmän & Juvakan (2007, 127-129) mukaan tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavas-

ta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuskriteereinä ovat uskottavuus, reflektiivisyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys.

Tämän opinnäytetyön uskottavuutta on lisännyt toimintatutkimusprosessin pitkä kesto. Toimintatutkijalla on ollut mahdollisuus tutustua tutkittavaan ilmiöön vuoden kestävässä prosessin aikana, jonka aikana tutkittava ilmiö ja terveysasemien perustyö on hahmottunut.

Reflektiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129). Roolini mielenterveystyön kehittäjänä ja opinnäytetyön tekijänä on mielestäni kietoutunut mutkattomasti toisiinsa. Opinnäytetyöprosessi on syventänyt depressiohoidon kehittämisprosessia ja toisinpäin. Koen, että osaamisen vahvistuminen on ollut molemminpuolista. Olen oppinut paljon uusia asioita perusterveydenhuollosta ja sen sisällä tapahtuvasta mielenterveystyöstä. Parhaina opettajina ovat olleet terveysasemien työntekijät.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tämän kirjaamista niin, että toinenkin tutkija pystyy seuraamaan prosessin kulkua. Opinnäytetyössä raportoinnin tavoitteena on ollut mahdollisimman yksityiskohtaisesti kertoa kehittämisprosessin eri vaiheista, että lukija saisi mahdollisimman yksityiskohtaisen kuvan siitä. Kehittämisprosessin yksityiskohtaisen kuvauksen myötä tutkimusprosessi siirrettävyys vastavanlaiseen toimintaympäristöön helpottuu. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.)

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen osallistujat ja tutkimusympäristö on kuvattava tarkasti, jotta tulosten siirrettävyyttä pystyy arvioimaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.) Tämän tutkimuksen siirrettävyyttä lisää se, että useissa perusterveydenhuollon työntekijöiden depressionhoitoa tutkivissa tutkimuksissa on esiintynyt tämän opinnäytetyön kanssa samansuuntaisia tuloksia. (Vrt. Kokko 1999; Hyvönen 2004; Kokko 2004.)

Terveysasemien työntekijöitä haastatteleamalla olisin ehkä saanut monipuolisempaa tietoa siitä, miten työntekijät arvioivat oman depressiohoidon osaamisen vahvistuneen kehittämisprosessin aikana. Haastattelun avulla lähtötason määrittäminen olisi myös onnistunut paremmin. Haastattelu olisi antanut myös vastauksia työntekijöiden asenteista depressionta sairastavia asiakkaita kohtaan ja siitä miten asenteet vaikuttavat motivaatioon oman depressiohoidon osaamisen vahvistamisessa. Tutkijana en halunnut rasittaa terveysasemien työntekijöitä erillisillä haastatteluilla. Päätin tietoisesti käyttää tiedonkeruumenetelmänä työpaja- ja koulutuspalautteita. Työpajoissa käyty keskustelu, laaditut muistiot täydensivät tutkimusaineistoa. Mielestäni tämä tutkimusaineisto oli riittävä luotettavien tulosten saamiseksi.

Tutkimus tulee toteuttaa hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimuksen tekijän on otettava vastuu tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista. Eettisinä ratkaisuinä voidaan pitää tutkimusaiheen valintaa, tiedonhankintaa ja tutkimukseen osallistujien suojaa sekä tulosten käyttöön liittyviä tekijöitä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007,23-24; Vehviläinen-Julkunen 2006,26.)

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu, että tutkimusprosessin aikana toimitaan rehellisesti, yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta noudattaen. Tämän opinnäytetyön eettisyyttä vahvistaa, että viitekehyksessä ja pohdinnassa on käytetty korkeatasoisia ja uudehkoja tutkimuksia. Toisten tutkimuksiin on viitattu asianmukaisella tavalla ja tuloksia on esitetty arvostavasti. (ks. Hirsijärvi ym. 2007, 24.)

Tutkimusprosessin alussa syyskuussa 2010 on haettu tutkimuslupa Lahden kaupungin terveystalveluiden avohoidon ylilääkäri Pekka Mattilalta, joka on tutkimuslupan virallisesti myöntänyt. Työpajojen ja moniammatillisen koulutuksen alussa olen suullisesti terveystasemien työntekijöille kertonut käyttäväni työpaja- ja koulutuspalautteita sekä keskusteluja osana opinnäytetyöprosessiani.

9.8 Jatkokehittämishaasteita

Jatkokehittämishaasteena on Lahden kaupungin terveystasemien depressiohoidon osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistamista osana perustyötä. Tulevaisuudessa on tärkeää myös tarkastella terveystasemien mielenterveystyön resurssointia kokonaisuutena. Kolmikanta- ja depressiohoitajamallin kehittäminen osaksi terveystasemien depressionhoitoa tulisi nähdä tulevaisuudessa myös osana terveystasemien työtä. (ks. Haarala ym. 2010.)

Jatkossa on myös tärkeä pohtia ja kehittää terveystasemien skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoitokokonaisuutta.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2007. Vaikeat mielenterveyshäiriöt yhteiskunnan kuvastajina. Teoksessa: Eskola, J. & Karila, A. (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön.. Edita. Helsinki.

Asiakasanalyysi perusterveydenhuollon psykiatristen sairaanhoitajien 1.12.2010-28.2.2011 välisenä aikana vastaanotolla käyneistä asiakkaista. 2011.

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002. Helsinki 2002. Hakapaino Oy. Helsinki 2002

Aromaa, E. Tuulari, E. Kykyri, V-L. Malviniemi, M 2010. Masennustalkoot kansantautimme kimpussa –kehittämismallin käyttöönotto ja siirrettävyys. Teoksessa: Kuosmanen, L. Vuorilehto, M. Voipio – Pulkki, L-M. Laitila, M. Posio J. & Partanen, A. (toim.) 2010. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä –kokemuksia Pohjanmaa –hankkeesta, Sateenvarjo –projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005-2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 5/2010. Yliopistopaino. Helsinki.

Beairisto, B. 2000. What does It Take To Be A Lifelong Learner? Teoksessa: Beairisto B. & Ruohotie P. (toim) Empowering Teachers as Lifelong Learners. Reconceptualizing, Restructuring and Reculturing Teacher Education for the Information Age. Hämeenlinna: Research Centre for Vocational Education, 47-68.

Depressiohoidon Käypä hoito –suositus 2010. www.kaypahoito.fi. Luettu 1.9.2011.

Haarala, M. Jääskeläinen, A. ym. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Vammalan Kirjapaino. Vammala 2010.

Hakala, J. T. 2008. Uusi graduopas. Yliopistopaino. Helsinki.

Harjajärvi, M. Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Stakes & Suomen Kuntaliitto.

Hirsjärvi, S, Remes, P, & Sajavaara, P. 1996. Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Heikkilä, A. Jokinen, P & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY. Helsinki.

Heikkinen, H. L. T. 2010. Toimintatutkimus –toiminnan ajattelua ja taitoa. Teoksessa: Aaltola, J & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. WS Bookwell Oy. Juva 2010.

Hentinen, K. Iija, A. & Mattila Eija (toim) 2009. Kuuntele minua –mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hietaharju Päivi, Nuuttila Mervi 2010. Käytännön mielenterveystyö. Tammi Oy. Livonia Print, Latvia 2010.

Hyrkäs, K. 2002. Clinical Supervision and Quality Care. Väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Acta Universitatis Tampereensis 1028. Tampereen yliopisto, Tampere.

Häkkinen, U. & Alha, P. (toim) 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus.

Iivanainen, A. Jauhiainen, M. Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu 2010.

Immonen, T. Kiikkala, I. & Ahonen, J. (toim.) 2003. Mielekäs Elämä! –ohjelman loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. 2003.

Immonen, T. 2005. Kehittävä asiantuntijayhteisö mielenterveystyön suunnittelunvälineenä. Stakes Aiheita 15/2005.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY

Isotalo, T. 2006. Hoitotyön autonomia, tiimityö ja itsearvioitu hoidon laatu. Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede, hoitotyön johtaminen. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kaste –ohjelma 2008-2011. Luettu 1.9.2011.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Kiikkala, I. & Immonen, T. (toim.) 2002. Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky –ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2002:23

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Raine, V. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kohonen, V. 2000. Facilitating Transformative Learning For Teacher Growth. Teoksessa: Bearisto B. & Ruohotie P. (toim) Empowering Teachers as Lifelong Learners. Reconceptualizing, Restructuring and Reculturing Teacher Education for the Information Age. Hämeenlinna: Research Centre for Vocational Education, 127-145.

Koivukoski, S. Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Suomen Sairaanhoidotaliitto ry. Silverprint. Sipoo 2009.

Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen T. & Sorsa M. 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen kuntaliitto. Stakes. 2002.

Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvoteoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun Yliopisto.

Kokko, S. 2010. Toimiva terveyskeskus toimeenpano-ohjelma mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman täytäntöpanossa. Teoksessa: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. THL. Avauksia 16/2010.

Korkeila, J. 2006. Psykiatrisen opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32.

Kuosmanen, L. Hätönen, H. Liukka, M. & Melartin, T. 2011. Peruspalveluiden työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoito kohtaan. Yleislääkäri 2011/11 s. 17-22.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Vastapaino. Tampere.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kyrö, P. 2004. Tutkimusprosessi valintojen polkuna. Saarijärven OFF-SET Oy.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 31. 2010.

Lahden kaupunki Intranet.

Sosiaali- ja terveystalvet - Päihteet - Päihdetyön kehittäminen.
<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/0ABE803E7611A160C2257811002A8441>. Luettu 16.8.2011.

Lampi, L. 2006. Tiimityön toimivuus perusterveydenhuollon organisatiossa. Pro gradu –tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveysthallinnon ja –talouden laitos. Terveysthallintotiede. Kuopion yliopisto.

Leininger, M. 1985. Ethnography and Etnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis. Teoksessa: Leininger, M. 1985. Qualitative Research Methods in Nursing. Orlando: Grune & Stratton

Levine, S. Unutzer, J. Yip, J. Y. Hoffing, M. Leung, M. Fan, M-Y. Lin, E. Grypma, L. Katon, W. Harpole, L. & Langston, C. 2005. Physicians` satisfaction with a collaborative disease management program for late-life depression in primary care. General Hospital Psychiatry 27, 383-391.

Liukka, M. 2010. Perusterveydenhuollon hoitajien asenteet masennukseen ja sen hoitoon. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen Yliopisto.

Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen Timo (toim) 2008. Psykiatria. Duodecim

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki 2009. Sosiaali- ja terveystministeriön selvityksiä 2009:3.

Metsämuuronen, J. 2001. Sosiaali- ja terveystalan tulevaisuutta etsimässä. Metodologia –sarja. Tulevaisuus –sarja. International Methelp Ky. Viro.

Mielenterveystalvetuiden laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveystministeriön Oppaita 9/2001.

Moussawi, S. ym 2007. Depression, chronic diseases and decrements in health. results from the World Health Surveys. Lancet 2007; 370:851-858

Mäkinen, M. Wahlbeck, K. Mielenterveystsitoumus luotsaa mielenterveystpolitiikkaa EU:ssa. Suomen Lääkärilehti 2009; 2004:2195-2197

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä Onnistumme. Opas työyhteistön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveystalalla. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

Partanen. A, Moring. J, Nordling. E, Bergman, V. (toim) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmas- ta toimeenpanoon vuonna 2009. THL. Avauksia 16/2010.

Paukkunen. L, 2003. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehit- täminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Kuopion yliopiston jul- kaisuja E. Yhteiskuntatieteet.

Payne. F, Harvey. K, Jessopp. L, Plummer. S, Tylee. A & Gournay K. 2002. Knowledge, confidence and attitudes towards mental health of nurses working in NHS Direct and the effects of training. Journal of Ad- vanced Nursing 40, 549-559.

Pegasos –potilastietojärjestelmä. Viitattu 1.11.2011.

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaan- ottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 168. 2009.

Pirkola, Sami. Kunnallislääkäri. Vuosikirja 2004. Yleislääkärin työ. numero 4. B/ 2004 v s k 1 9

Pirkola, S. Sohlman, B. (toim) 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Stakes. 2005.

Pirkola, S. 2011. Depressio, lääkkeet ja somaattiset sairaudet. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Terveysportti. www.terveysportti.fi. Luettu 4.11.2011.

Potku –hanke 2010-2012. Potilas kuljettajan paikalle. <http://www.potkuhanke.fi>. Luettu 4.11.2011.

Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim). Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suo- messa. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B2 / 2007.

Rost, K 2009. Disability from depression: The public health challenge to primary care. Nord J Psych 2009:3.

Saarela, T. 2003. Improving Geriatric Psychiatry Services in Primary Care. A Study of Multiprofessional Training Interventions. Academic dis- sertation. University of Helsinki. Department of Psychiatry. Faculty of Medicine. Helsinki.

Sydänmaanlakka, P. 2002. Älykäs organisaatio. Talentum. Helsinki.

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatriisessa hoidossa. Henki- lökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöstutkimus. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Acta Universitas Ouluen- sis D 871 2006

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Vammalan Kirjapaino Oy. Sastamala 2009.

Terveys 2000 –tutkimus. <http://www.terveys200.fi/> Luettu 1.11.2011.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Toimiva terveyskeskus –ohjelma 2009-2011.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimivaterveyskeskus. Luettu 1.11.2011.

Tuulari, J. (suom.) Depression hoidon hallinta terveyskeskuksessa 2004. WHO:n opas.

Viitala, R. 2003. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Akateeminen väitöskirja. Vaasan yliopisto. Kauppatieteellinen tiedekunta.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski

Vuori – Kemilä, A. Stengård, E, Saarelainen, R, & Annala, T. 2009. Mielen-terveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. WSOYpro Oy 2009.

Vuorilehto, M. Melartin, T. & Isometsä, E. 2005. Depressive Disorders in Primary Care: Recurrent, Chronic and Comorbid. Psychological Medicine 2005; 35.

Vuorilehto, M. Kuosmanen, L. Melartin, T. 2008. Depressiohoitajan työ on kohdallaan Vantaan kolmiomallissa. Suomen lääkärilehti 2008; 63: 190-192. www.terveysportti.fi. Luettu 12.10.2011.

Vuorilehto, M. 2008. Depressive Disorders in Primary Health Care. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, A14/2008. Yliopistopaino. Helsinki.

Välittäjä2009 –hankekatsaus.

Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen loppuraportti.

Välittäjä2009 –Lahden osahankkeen hankekortti 10/2011.

Wagner 1998. What will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1(1) 2-4. Aug-Sep. 1998.

LIITE 1.



**MIELENTERVEYSTYÖN KEHITTÄMINEN
LAHDEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA**

KOULUTUSSUUNNITELMA 2011
Johanna Kinnunen

Työpaja 1:

Depression tunnistamisen ja hoidon työvälineitä

- kliininen haastattelu
- BDI, DEPS , EPDS, GDS. MDQ
- omahoitolomakkeen hyödyntäminen

Työpaja 2:

Depression hoito on yhteistyötä

- Depression Käypä hoito –suositus tutuksi
- Kolmannen sektorin rooli
- Depressiota sairastavan asiakkaan hoitopolku:
- Yhteistyö-, vastuu- ja konsultaatiokäytännöt

pe 4.2.2011 klo 8-9.30

Kaksisuuntainen mielialahäiriö -luento

psykiatrian erikoislääkäri Kari Raaska

pe 25.2.2011 klo 8-9.30

Psykiatrisen potilaan työkyvyn arviointi ja B-todistuksen laadinta

Kelan asiantuntijalääkäri

ke 4.5 ja ke 11.5 klo 12-16.00

**Päihde- ja psykiatrisen potilaan
hoidon tarpeen arviointi –koulutus**

Päijät-Neuvon, päivystyksen ja Terveyskioskin henkilökunnalle
päihdelääkäri Antti Holopainen
psykiatrian erikoislääkäri Maria Kautto

ke 18.5.2011 / 19.5.2011 klo 12-16.00

Depression hoito terveysasemalla

Moniammatillinen koulutus:

yleislääketieteen- ja psykiatrian erikoislääkäri Maria Vuorilehto

5-9/2011

Depressioryhmänohjaajakoulutus

terveysasemien psykiatriset sairaanhoitajat ja psykologit
hankesuunnittelija, ryhmäpsykoterapeutti Sirpa Kumpuniemi

9-10/2011

Interpersoonallisen psykoterapian -peruskurssi

20 terveysasemien työntekijää (sairaanhoitaja, lääkäri, psyk.sairaanhoitaja tai psykologi)
psykologit Esa Aromaa ja Jyrki Tuulari

16.9.2011 klo 8-9.30

Persoonallisuushäiriö ja sen hoito terveysasemalla

psykologi Jan-Henry Stenberg

19.9.2011

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäjien verkoston tapaaminen

Järjestäjinä: Välittäjä2009 –Lahden osahanke, Hämeen osahanke ja THL

29.9.2011 klo 12-16

Moniammatillinen koulutus

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito terveysasemalla

Antti Holopainen

päihdetyön asiantuntijalääkäri

Skitsofrenia potilaan hoito terveysasemalla

psykiatrian erikoislääkäri Eila Sailas